



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

«ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ  
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»

Όνομα φοιτήτριας: **Κωνσταντία Κουμλιλή**

Όνομα επιβλέπουσας καθηγήτριας: **Μαίρη Γκούβα**





TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE  
T.E.I. EPIRUS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

SCHOOL OF HEALTH & WELFARE PROFESSIONS  
“DEPARTMENT OF NURSING”

“SOCIAL MOMENT AND REHABILITATION IN  
SCHIZOPHRENIA”

Full Name: **Konstantia Koumlili**

Professor: Mary Gouva



«Το να σκέφτεσαι αντίθετα από την εποχή σου είναι ηρωισμός.

Αλλά το να το λες είναι τρέλα».

*Ευγένιος Ιονέσκο, 1912-1994*

Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμιά διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Επισημαίνεται πάντως ότι κατά το Ν.2387/20 (όπως έχει τροποποιηθεί με το Ν. 2121/93 και ισχύει σήμερα) και κατά τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (που έχει Κυρωθεί με το Ν.100/1975) απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό, Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

#### Περιεχόμενα

Περίληψη.....	9
---------------	---

Abstract.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 1. Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΧΙΣΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	13
1.1 Ιστορική ανασκόπηση.....	13
1.2 Συχνότητα.....	16
1.3 Επιδημιολογία.....	17
Κεφάλαιο 2. Σχιζοφρένεια.....	22
2.1 Οι τύποι της σχιζοφρένειας.....	22
2.2 Παράγοντες κινδύνου.....	26
2.2.1 Οι βιολογικοί παράγοντες.....	26
2.2.2 Κοινωνικοί παράγοντες.....	28
2.2.3 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	29
2.3 Παθοφυσιολογία της νόσου.....	30
2.4 Συμπτωματολογία.....	31
2.4.1 Τα συμπτώματα.....	33
2.4.2 Συνοσηρότητα σχιζοφρένειας.....	34
2.5 Η διάγνωση.....	35
2.6 Η εξέλιξη της νόσου.....	38
2.7 Θεραπεία.....	40
2.8 Φαρμακευτική αγωγή.....	41
Κεφάλαιο 3. Κοινωνικός αποκλεισμός και σχιζοφρένεια.....	44
3.1 Ορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού.....	44
3.2 Ιστορική αναδρομή της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού.....	45
3.3 Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού.....	49
3.4 Τα χαρακτηριστικά και οι μορφές του κοινωνικού αποκλεισμού.....	51
3.5 Αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού.....	53
3.6 Συνέπειες κοινωνικού αποκλεισμού για τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.....	53
3.7 Η έννοια του «αποδιοπομπαίου τράγου».....	56
3.8 Κοινωνικός αποκλεισμός και ψυχική ασθένεια.....	57
3.9 Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια.....	57
3.10 Καταπάτηση δικαιωμάτων στην εργασία.....	58
3.11 Παράγοντες που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών....	60
3.12 Καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών.....	64
3.13 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.....	64

Κεφάλαιο 4. Μελέτη περίπτωσης. Η αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού σε ψυχικά ασθενείς.....	66
4.1 Κατάργηση της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας.....	66
4.2 Συνθήκες νοσηλείας.....	69
4.3 Η περίπτωση του ψυχιατρείου της Λέρου.....	70
4.4 Ψυχιατρικά προγράμματα.....	72
4.5 Παρουσίαση κλινικών δομών – στεγαστικών και εργασιακών.....	75
Συμπεράσματα.....	79
Βιβλιογραφία.....	81
Ελληνική βιβλιογραφία.....	81
Ξένη βιβλιογραφία.....	84

Εικόνα 1. Emil Kraepelin.....	14
Εικόνα 2. Kurt Schneider.....	16
Εικόνα 3. Νοσηλευθείς ασθενής σχιζοφρενής.....	18
Εικόνα 4. Coxsackie- B.....	21
Εικόνα 5. Ζωγραφιά παρανοϊκής σχιζοφρένειας.....	22
Εικόνα 6. Αποδιοργανωτικός τύπος σχιζοφρένειας.....	23
Εικόνα 7. Κατατονική σχιζοφρένεια.....	23
Εικόνα 8. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.....	24
Εικόνα 9. Παραληρητική σχιζοφρένεια.....	25
Εικόνα 10. Dna - γενετικοί παράγοντες για τη σχιζοφρένεια.....	26
Εικόνα 11. Νευροφυσιολογία εγκεφάλου.....	27
Εικόνα 12. Σύνθετη μαγνητική τομογραφία που απεικονίζει την σχιζοφρένεια.....	30
Εικόνα 13. Απεικόνιση των νευροδιαβιβαστών.....	31
Εικόνα 14. Χημική αποτύπωση της αμφεταμίνης.....	35
Εικόνα 15. Διαγνωστικά κριτήρια.....	36
Εικόνα 16. Αντιψυχωτικά φάρμακα.....	41
Εικόνα 17. Κλοζαπίνη.....	42
Εικόνα 18. Απεικόνιση της κατάστασης του κοινωνικού αποκλεισμού.....	44
Εικόνα 19. Ο ψυχίατρος FrancoBasaglia.....	70
Εικόνα 20. Ψυχιατρείο Λέρου.....	72
Εικόνα 21. Λογότυπο Ψυχαργός.....	74
Εικόνα 22. Λογότυπο ΚΟΙ.Σ.ΠΕ.....	79

## Ευχαριστίες

Η εργασία αυτή θα ήταν δύσκολο να περατωθεί χωρίς την βοήθεια κάποιων ανθρώπων, οι οποίοι συνέπραξαν είτε άμεσα είτε έμμεσα προς την ολοκλήρωση της.

Επιθυμώ πρωτίστως να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Μαίρη Γκούβα, για την καθοδήγηση, τις πολύτιμες συμβουλές του και την άριστη επικοινωνία που είχαμε κατά την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την πολύτιμη αγάπη, υποστήριξη και εμπιστοσύνη που μου προσφέρουν.

## **Περίληψη**

Στις μέρες μας, παρόλη την επιστημονική και τεχνολογική ανάπτυξη, εξακολουθούν να δεσπάζουν γύρω μας διάφορων ειδών στερεότυπα και προκαταλήψεις. Στην εργασία που ακολουθεί αυτό που θα επιχειρήσουμε είναι να εξετάσουμε και να αναλύσουμε λεπτομερώς εκείνες τις προκαταλήψεις που συνδέονται με τις ψυχικές διαταραχές.



Βασικό μας θέμα θα είναι η ψυχική υγεία, εστιάζοντας στην σχιζοφρένεια, και ο κοινωνικός αποκλεισμός που συνεπάγεται αυτή και την ευρύτερη αντιμετώπιση της. Θα επιχειρήσουμε να προσεγγίσουμε την ψυχική διαταραχή από την μεριά των οδηγών της ψυχιατρικής κοινότητας και εκείνων που στάθηκαν στο πλευρό των πασχόντων από ψυχικές νόσους και πάλεψαν για λογαριασμό τους.

Αρχικά, θα εξετάσουμε εννοιολογικά τα φαινόμενα της ψυχικής νόσου και του κοινωνικού αποκλεισμού ξεχωριστά και στην συνέχεια θα τα συρράψουμε, εξηγώντας γιατί συμβαίνει αυτό και συμπληρωματικά πως μπορεί να καταπολεμηθεί. Όπως είπαμε θα σταθούμε λίγο παραπάνω σε μια συγκεκριμένη ψυχική νόσο, την σχιζοφρένεια, η οποία μάλλον αποτελεί και την σοβαρότερη αυτών και επιφέρει τον μεγαλύτερο κοινωνικό στιγματισμό.

Στην συνέχεια, και στα πλαίσια του κοινωνικού αποκλεισμού θα ασχοληθούμε με τα ατομικά δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων που καταπατώνται είτε μέσω αυτού. Επίσης, θα παρουσιάσουμε σχέδια και προσπάθειες που έχουν γίνει για να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο αυτό, αλλά και οι παράγοντες που οδηγούν σε τέτοιες καταστάσεις.

Εν κατακλείδι, αυτό που θέλουμε να πετύχουμε είναι να μεταδώσουμε πόσο σημαντική είναι η πληροφόρηση και η ενημέρωση, καθώς η άγνοια είναι από τους βασικότερους παράγοντες απαξιοτικής συμπεριφοράς προς του «τρελούς», και μόνο έτσι θα καταφέρουμε να διορθώσουμε τις συνθήκες ζωής των ανθρώπων που υποφέρουν από κάποια ψυχική νόσο.

*Λέξεις κλειδιά: σχιζοφρένεια, κοινωνικός αποκλεισμός, κοινωνικό στίγμα, ψυχικές διαταραχές.*

## **Abstract**

Nowadays, despite scientific and technological development, various kinds of stereotypes and prejudices still prevail around us. In the work that follows, what we will try is to examine and analyze in detail those prejudices associated with mental disorders.

Our main topic will be mental health, focusing on schizophrenia, and the social exclusion that this entails and its wider treatment. We will try to approach the mental

disorder on the part of the leaders of the psychiatric community and those who stood by the side of the mentally ill and fought on their behalf.

First, we will conceptually look at the phenomena of mental illness and social exclusion separately and then we will staple them, explaining why this happens and, in addition, how it can be combated. As we said, we will focus a little more on a specific mental illness, schizophrenia, which is probably the most serious of them and brings the greatest social stigma.

Then, in the context of social exclusion, we will deal with the individual rights of the mentally ill who are violated through it. We will also present plans and efforts that have been made to address this phenomenon, as well as the factors that lead to such situations.

In conclusion, what we want to achieve is to convey how important information and information is, as ignorance is one of the main factors of degrading behavior towards the "crazy", and only in this way will we be able to correct the living conditions of people who suffer from some mental illness.

***Keywords:*** *schizophrenia, social exclusion, social stigma, mental disorders*

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η σχιζοφρένεια έχοντας ιδιαίτερα και ξεχωριστά χαρακτηριστικά, από τα κοινά επιτρεπόμενα μέσα έκφρασης, είναι κάθε φορά προκλητική απέναντι στην κοινωνική αποδοχή. Κοινότοπο αποτελεί η ιδέα πως η εγκληματικότητα σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια σε μεγάλο βαθμό. Η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα είδος ψυχικής διαταραχής με το οποίο ελάχιστα άτομα της κοινωνίας συναναστρέφονται. Ως εκ τούτου, η επιρροή των ΜΜΕ κατευθύνει τον σχηματισμό της κοινής γνώμης στην ασθένεια και την αρνητική διάθεση που επικρατεί για τους πάσχοντες. Έτσι, ο

άρρωστος αρνείται τη θεραπεία για να μην γίνει γνωστή η ασθένεια του, γεγονός που επακολουθείται την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ασθένειας (Zartaloudi & Madianos, 2010).

Οι υγειονομικοί σε Γενικό Νοσοκομείο αποτελούν ιδιαίζουσα τάξη πολιτών. Οι πιο πολλοί διαθέτουν βασικές γνώσεις ψυχιατρικής κυρίως για την πρόληψη και βρίσκουν συνεχώς τρόπους για να καλυτερεύουν τις γνώσεις τους, τα στερεότυπά τους και τη διάθεσή τους. Η αρνητική διάθεσή όμως στιγματίζει τον ασθενή, στη «μικρή κοινότητα του Νοσοκομείου». Αλλά και έξω από το Νοσοκομείο, όταν συμβαίνει αυτό στη «μεγάλη κοινότητα της γειτονιάς» επιδρούν ως ειδήμονες και στους άλλους. Επιπλέον, αποτελούν ιδιαίτερη κατηγορία επειδή με το εκπαιδευτικό – διδακτικό τους επιδρούν και στους καινούργιους επαγγελματίες (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Η σχιζοφρένεια αποτελεί έναν αξιοποιήσιμο όρο στην επιστήμη της Ιατρικής προκειμένου να σκιαγραφήσει μια ξεχωριστή μπερδεμένη και δυσνόητη ασθένεια που αποτελεί την πιο μακροχρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Η σχιζοφρένεια πρακτικά δύναται να αποτελεί είτε μια ενιαία διαταραχή είτε μια σειρά διαταραχών ποικίλων αιτιών. Εξαιτίας της περιπλοκότητας της διαταραχής ελάχιστες από τις γενικεύσεις που αφορούν την ασθένεια αληθεύουν για το σύνολο των ασθενών που είναι σχιζοφρενείς (Μουζάς, Αγγελόπουλος & Λιάκος, 2008).

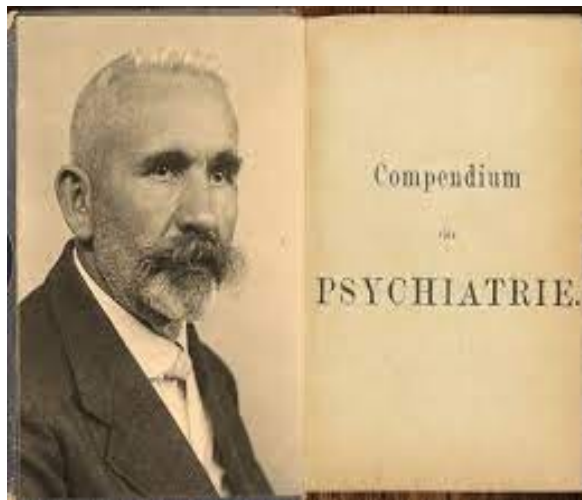
**Η σχιζοφρένεια** είναι μια ψυχωσική νόσος, με άλλα λόγια αλλοιώνεται εξαιρετικά η αντίδραση του ανθρώπου στον πραγματικό κόσμο. Η ασθένεια συνεπάγει τη λάθος επεξεργασία των συμβάντων από το οικείο περιβάλλον και των λογισμών του ασθενούς με συνέπεια αυτά που κατανοεί για τον έξω κόσμο να είναι αναληθή. Η σχιζοφρένεια λογίζεται από τις πιο σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Μολονότι ο όρος «σχιζοφρένεια» αξιοποιείται από το 1900, η ασθένεια ήταν διαδεδομένη πριν από εκατονταετίες. Ο όρος σχιζοφρένεια εγκαθιδρύθηκε περίπου πριν δύο αιώνες και αξιοποιείται ακόμα (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 1. Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΧΙΣΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

### **1.1 Ιστορική ανασκόπηση**

Ο όρος “Σχιζοφρένεια” με άλλα λόγια «σχίσισμο» των φρενών (νεολογισμός), συστάθηκε από τον Ελβετό Ψυχίατρο Eugene Bleuler το 1911 προκειμένου να

χαρακτηρίσει την ασθένεια που ο Βέλγος ψυχίατρος Benedict Augustin Morel είχε πρωτύτερα (1852) χαρακτηρίσει πρόιμη άνοια (dementia praecox) και χρησιμοποιώντας την ονομασία αυτή διαδόθηκε παγκοσμίως από τον Emil Kraepelin, πατέρα της σύγχρονης ψυχιατρικής νοσολογίας (1896) Fioravanti, Bianchi & Cinti, 2012).



*Εικόνα 1. Emil Kraepelin*

Ο όρος Σχιζοφρένεια, που αξιοποιείται και τώρα, θεωρείται στίγμα για τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με αυτό. Το ζήτημα ενδιαφέρει την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία, η οποία εργάζεται προκειμένου να εξαλειφθεί το στίγμα της σχιζοφρένειας (Μερτίκα, Οικονόμου, Σταλίκας & Γραμανδάνη, 2006).

Αποτελεί μία διαταραχή η οποία εκδηλώνει οξεία φθορά της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, με άλλα λόγια δεν δύναται να συγκροτηθεί η πραγματικότητα. Ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας εμφανίζεται με διαταραχές στην αντίληψη, στους λογισμούς, στο συναίσθημα, στην συμπεριφορά και τα άτομα αυτά μειώνουν εξαιρετικά τη δραστηριότητά τους. Η διαταραχή αποτελείται από τα εξής στάδια: το πρόδρομο, το ενεργό, με παραληρηματικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και το υπολειμματικό. Μετά το 1700 ξεκινούν αρκετές σκιαγραφήσεις σχιζοφρενικών καταστάσεων με διάφορες ονομασίες. Το 1856 ο γάλλος Morel τις χαρακτηρίζει Dementia Praecox (πρόιμη άνοια). Το 1868 ο Kahlbaum καταγράφει την «κατατονία» και το 1870 ο Hecker την «ηβηφρένεια» (Corrigan&Watson, 2002).

Το 1898 ο Kraepelin σε μια αξιοσημείωτη δουλειά του για την Dementia Praecox προσθέτει σε αυτή τις προαναφερθείσες με ποικίλα ονόματα, κλινικές μορφές. Σαν κοινή παθογνωμονική αρχή του συνόλου των ποικίλων κλινικών περιπτώσεων λογίζεται η ανυπαρξία των γνωρισμάτων της προσωπικότητας, που παρουσιάζεται

πιο πολύ σε μικρής ηλικίας ασθενείς, δίχως εμφανή αφορμή και που επικρατούν διαταραχές συναισθηματικής νοημοσύνης. Μολονότι ο Kraepelin υπολογίζει πως το 13% των ασθενών παρουσιάζει αυτόματη ίαση έχοντας παροδική διαταραχή της προσωπικότητάς τους, δεν αλλάζει την ονομασία «πρώιμη άνοια» στις συγκεκριμένες περιπτώσεις (Lehtinen, Sohlman&Masfety, 2005).

Το 1911 ο Bleuler στα συγγράμματά του (πρώιμη άνοια ή η ομάδα των σχιζοφρενιών) ανασχηματίζει τις πρότερες σημαντικές σημειώσεις παρατηρήσεις του και πρωτοεμφανίζει τον όρο σχιζοφρένεια. Ο Bleuler επέλεξε τον ακόμα και τώρα αποδεκτό όρο σχιζοφρένεια, επειδή θεώρησε σαν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των καταστάσεων αυτών το διχασμό των ψυχικών λειτουργιών. Οι λογισμοί, τα αισθήματα και οι ενέργειες του ανθρώπου είναι σφοδρά διχασμένες. Η βούληση είναι διαιρεμένη σε ισάξιες διαδοχικές ενέργειες για τον πάσχοντα (Moller, 2005).

Ο ασθενής είναι διχασμένος για την πραγματικότητα, οι λογισμοί απαρτίζονται από ασυνεχής αλλοπρόσαλλες ιδέες, οι συνειρμοί είναι διαρκώς παράλογοι με κομμάτια από το παρελθόν του ατόμου, τα αισθήματα ασυναφή με την ουσία των λογισμών και των ενεργειών. Επιπλέον, πρότεινε τη διάγνωση της «λανθάνουσας σχιζοφρένειας», στην οποία εμφανίζονται ιδιόζουσες κλινικές περιπτώσεις οι οποίες εκδηλώνονται με «νευρωτικά συμπτώματα» (Rauch, Savage, Alpert, Fischman&Jenike, 1997).

Καθώς οι Kraepelin και Bleuler προβάλλουν ως πιο σημαντικό γνώρισμα των σχιζοφρενιών τον αποπροσανατολισμό της προσωπικότητας, ο Kurt Schneider (1887-1967) εκπόνησε κάποια διαδοχικά συμπτώματα που κατηγοριοποιούνται σε αυτά του α' βαθμού και του β' βαθμού, άπαντα γνωρίσματα σχιζοφρενικών διαταραχών. Εκ των 11 βασικότερων συμπτωμάτων α' βαθμού ως κύρια θέσπισε τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, την παραληρητική παραποίηση της πραγματικότητας και τη διάχυση των ορίων ανάμεσα στο ΕΓΩ και το γύρω περιβάλλον (Rasmussen, Greenberg, Mindus, Friebs&Noren, 2000). Όμως η συγκεκριμένη κατηγοριοποίηση κρίθηκε ανεπαρκής καθώς κάποια συμπτώματα δεν λογίζονται ως παθογνωμικά της σχιζοφρένειας.



*Εικόνα 2. Kurt Schneider*

Εδώ, οφείλει να καθοριστεί η σημασία της ψυχικής υγείας, η οποία προϋποθέτει την συνολική και σύμφωνη ενεργητικότητα της προσωπικότητας. Με άλλα λόγια η ρύθμιση του ατόμου στις ανάγκες του εξωτερικού περιβάλλοντος στις εκάστοτε συνθήκες. Επιπρόσθετα, ψυχική νόσος ονομάζεται η διαταραχή της συμπεριφοράς του ανθρώπου κατά τη διαδικασία ισοστάθμισης των διαπροσωπικών και ενδοπροσωπικών αντικρούσεων του (Strengler-Wenzke, Muller, Angermeyer, Sabri&Hesse, 2004).

Οι ψυχικές παθήσεις διαθέτουν τρεις κατηγορίες:

- **ΤΙΣ ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ:** Είναι ψυχικές διαταραχές δίχως οργανικό υπόστρωμα, όπου το άτομο έχει υψηλή αντικειμενική σχέση με την πραγματικότητα και διαχωρίζει τα υποκειμενικά παθολογικά συμπτώματα, εμπειρίες και ουτοπίες. Η συμπεριφορά δύναται να αλλοιώνεται αρκετά, η προσωπικότητα όμως διατηρείται (Wright, Gronfein & Owens, 2000).

- **ΤΙΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ:** Είναι πιο βαριά ψυχικά νοσήματα από τις νευρώσεις. Ο ψυχωσικός ασθενής δεν διαθέτει αυτογνωσία και εμφανίζει αποσπασματική και αποπροσανατολισμένη προσωπικότητα με απρόβλεπτη και παράλογη συμπεριφορά. Οι ασθενείς ζουν και κινούνται σε έναν ουτοπικό κόσμο. Στις ψυχώσεις εμπεριέχονται η σχιζοφρένεια, η μανία, η μελαγχολία και η υποστροφική μελαγχολία (Ασημόπουλος, 2009).

- **ΤΙΣ ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙΣ:** Εδώ εμπεριέχονται ασθενείς με εξαιρετικά χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, με ελάχιστη νοητική ανάπτυξη που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Τα άτομα αυτά ως επί το πλείστον φιλοξενούνται

σε ποικίλα ιδρύματα ή σε ψυχιατρεία διότι αδυνατούν να εναρμονιστούν με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (Μαγριπλής, 2000).

## 1.2 Συχνότητα

Στην Ελλάδα 70.000 με 80.000 άτομα κατέχουν τη νόσο, ενώ στις Η.Π.Α. 3.000.000. Στην υφήλιο καταμετρούνται 9.000.000 σχιζοφρενείς. Σχεδόν 1 με 1,5% του πληθυσμού εμφανίζει κάποτε σχιζοφρένεια με βάση διεθνείς στατιστικές. Επομένως, στη χώρα μας βρίσκονται σχεδόν 100.000 με 150.000 σχιζοφρενείς. Έχει καταγραφεί πως το 0,25% του πληθυσμού παρουσιάζει και ψυχωτική φάση ετησίως. Επιπροσθέτως, το 0,01% του πληθυσμού παρουσιάζει ετησίως τη νόσο χωρίς να έχει ιστορικό. Με άλλα λόγια, στη χώρα μας προσθέτονται κάθε χρόνο 1.000 ασθενείς. Διαφορετικές στατιστικές αναφέρονται σε 150 καινούργιες σχιζοφρενικές ψυχώσεις σε 100.000 άτομα ετησίως (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

Η νόσος επιδρά σε αμφοτέρα τα φύλα. Η μέση ηλικία εμφάνισης σχιζοφρένειας είναι πιο νωρίς για τους αρρένες (15 - 25 έτη) και ελάχιστα αργότερα για τις γυναίκες (25 - 35 έτη). Οι ηλικιακές ομάδες με εντονότερες σχιζοφρενικές ψυχώσεις είναι 10 - 40 ετών και συχνότερα στα 25 - 35 έτη. Η παρουσίαση της σχιζοφρένειας σε παιδιά κάτω των 10 ετών και άτομα μεγαλύτερα των 50 δεν συνηθίζεται. Ελάχιστα πρόδηλα συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ελαττωματική ομιλία ή λογισμοί ή συμπεριφορά, δύναται να εμφανίζονται πριν ή μετά των αρχικών ψυχωτικών συμπτωμάτων. Ορισμένες φορές άτομα παρουσιάζουν ψυχωτικά συμπτώματα εξαιτίας διαφορετικής παθολογικής διαταραχής που δεν έχει διαγνωσθεί (Σακελλαρόπουλος, 1991).

Εξαιτίας αυτού, προτού ο ασθενής χαρακτηριστεί σχιζοφρενής πρέπει να απορριφθούν κάποιες παθολογικές διαταραχές με παρόμοια συμπτώματα. Αυτό προϋποθέτει ολικό κλινικό και παρακλινικό έλεγχο κατά τη νοσηλείας των ασθενών. Από τους σχιζοφρενής, σχεδόν το 50% καταλήγει στις ψυχιατρικές υπηρεσίες στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ υπάρχει ελάχιστη επαφή των νοσηλευθέντων σχιζοφρενών με την αρχική δομή όπου αναφέρονταν, κάτι που επικρατεί χρόνια (Gaertner, Rust, Dovidio, Bachman & Anastasio, 1996).



*Εικόνα 3. Νοσηλευθείς ασθενής σχιζοφρενής*

Η ποικιλομορφία που εμφανίζεται σε ξεχωριστές κοινωνίες ή έθνη είναι ανεπαίσθητη και σχετίζεται κυρίως με τη μορφή της νόσου. Το 60% των καταστάσεων έχει σημείο εκκίνησης ανάμεσα στα 15-30 έτη. Μετά τα 40 έτη το 25% των περιπτώσεων και το υπόλοιπο 14% σε μεγαλύτερες ηλικίες (Lee, Albright&Malloy, 2001).

### **1.3 Επιδημιολογία**

Ποικίλες καλώς μεθοδευμένες μελέτες, οι οποίες αναφέρονται κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες, υποδεικνύουν πως η υπεροχή της στη ζωή των ανθρώπων είναι περίπου 1 — 1,5%. Καταδεικνύεται πως με την αξιοποίηση αυστηρών περιεγραμμένων διαγνωστικών κριτηρίων το ποσοστό μειώνεται. Στην αντίπερα όχθη, υπάρχουν ασθενείς που δεν έχουν καταγραφεί επειδή ζουν στο περιθώριο εξαιτίας της ασθένειας ή διότι το συγγενικό περιβάλλον δεν αναζητά ιατρική βοήθεια για να μην στιγματιστούν από την κοινωνία. Όμως, κάποιες μελέτες καταδεικνύουν πως η αδρή συχνότητα της νόσου (οι πρώτες εισαγωγές σε νοσοκομείο/ έτος) ελαττώνεται διαρκώς τα τελευταία 20 χρόνια (Ritsher, Otilingam&Grajales, 2003).

Είναι ακαθόριστο αν αυτό συμβαίνει εξαιτίας των πιο απόλυτων διαγνωστικών προδιαγραφών, στη μετάθεση της φροντίδας των αρρώστων από το νοσοκομείο στο επίπεδο της κοινότητας ή σε ποικίλες δημογραφικές αλλαγές οι οποίες δύναται να σχετίζονται με τους σχιζοφρενείς ενός τόπου (Tienari, Wynne, Moring, Lahti, Naarala & Sorri, 1994).

Οι παρακάτω συντελεστές μελετιούνται για την επιδημιολογία της ασθένειας:

#### **Δημογραφικοί παράγοντες:**

- *Ηλικία και φύλο.*



Γενικά η σχιζοφρένεια πλήττει αμφοτέρως τα φύλα, αλλά υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα τους στην αρχή της ασθένειας, την κλινική της πορεία, αλλά και στην επιρροή συντελεστών επικινδυνότητας. Επομένως, καταδεικνύεται πως η κλινική συμπτωματολογία ξεκινάει νωρίτερα στους άρρενες (γύρω στα 20 έτη) συγκριτικά με τις γυναίκες (περίπου στα 30 έτη) και προγνωστικά ευνοούνται πιο πολύ οι γυναίκες (Μοσχοβάκης, 2012).

- *Γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή.*

Πέρα από το ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζει στατιστικά αξιόλογη συχνότητα στον κόσμο, ωστόσο υπολογίζεται πως υφίσταται ποικιλομορφία στην διανομή των ασθενών στους τόπους μιας χώρας. Στην δική μας χώρα για παράδειγμα έχει καταγραφεί πως σε κάποιους νομούς πιο ορεινούς και αποκομμένους, με βάση στην κτηνοτροφία και ενδογαμικό σύστημα ενδοοικογενειακών σχέσεων, υπάρχουν πιο πολλά κρούσματα σχιζοφρένειας (πιο πολλά στους άρρενες) (Λαζάρου & Κοτζαμπασάκη, 2017).

Επιπλέον, στις ΗΠΑ, τη Σουηδία, την Κροατία κ.ά. καταγράφεται ποικιλία στη διανομή της ασθένειας κατά τόπους εξαιτίας της διαφορετικής κατηγορίας πληθυσμού (αγροτικός-αστικός) αλλά και ανάλογα με το πόσο μεγάλη είναι η πόλη. Επομένως, καταδεικνύεται πως όσο αυξάνεται το μέγεθος της πόλης τόσο αυξάνεται και το ποσοστό των κρουσμάτων. Συντελεστές επικινδυνότητας είναι είτε προκλητικοί είτε προδιαθεσικοί (Dovidio, Major&Crocker, 2000).

- *Κληρονομική επιβάρυνση.*

Η σημασία της κληρονομικότητας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας είναι θέμα ευρείας μελέτης από το 1960 και η «γενετική υπόθεση» μάλλον σχετίζεται αρκετά με την εμφάνιση της ασθένειας (Gaebel, Baumann, Witte & Zaeske, 2002).

Η συγκεκριμένη έρευνα ξεκίνησε από το 1930 και έπειτα ασχολήθηκε με τέσσερα στάδια:

α) Μελέτες διδύμων. Οι μελέτες διδύμων φανέρωσαν ομοφωνία στην ασθένεια με διακυμάνσεις της τάξεως των 35 – 78% στα μονοζυγωτικά και 8 – 28% στα ετεροζυγωτικά. Μια φιλανδική επιδημιολογική έρευνα διδύμων των τελευταίων χρόνων φανέρωσε πως το 85% της αλλαγής στην «ευαλωτότητα» της ασθένειας συμβαίνει λόγω επιπλέον γενετικών συντελεστών και έπειτα από το οικείο περιβάλλον (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos&Livaditis, 2008).

β) Μελέτες οικογενειών. Οι μελέτες οικογενειών δείχνουν πως οι πρώτου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών δύναται να εμφανίσουν την ασθένεια έως και δέκα φορές πιο συχνά (Madianos, Madianou, Vlachonikolis&Stefanis, 1987).

γ) Μελέτες παιδιών σχιζοφρενικών γονέων. Παιδιά σχιζοφρενών γονέων διαθέτουν 40% πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας ενώ αντίστοιχα, τα υπόλοιπα παιδιά έχουν 1%. Τα ίδια αποτελέσματα δόθηκαν από έρευνες υιοθετημένων παιδιών με σχιζοφρενική μητέρα και διαβεβαίωσαν την υψηλή επικινδυνότητα για την ασθένεια στα υιοθετημένα παιδιά των σχιζοφρενών σε σχέση με υιοθετημένα παιδιά μη σχιζοφρενών ή βιολογικά παιδιά των υιοθετούντων γονέων (Reinke, 2004).

δ) Έρευνα για γενετικούς δείκτες («γενετικού στίγματος»). Οι τελευταίες γενετικές έρευνες έχουν σκοπό την εύρεση σε σχιζοφρενείς συνδυασμών (associations) γενετικών δεικτών ή πιθανών γονιδίων (τα οποία ερευνώνται από πολλές μεριές, π.χ. βιοχημικό, φυσιολογικό, κυτταρικό κ.ά) συγκριτικά με μάρτυρες, αλλά και ξεχωριστών συνδέσεων (linkage) χρωμοσωμικών θέσεων σε συγγενείς σχιζοφρενών με πρακτικές της μοριακής βιολογίας. Τα προαναφερθέντα δεδομένα καταδεικνύουν πως η διαδικασία κληρονομικής μεταβίβασης της ασθένειας είναι ιδιαίτερα σύνθετη και το πιο παραδεκτό πρότυπο αποτελεί η δράση αρκετών γονιδίων σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες (Smerud&Rosenfarb, 2011).

• *Προ και περιγεννητικές επιπλοκές.*

Ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου (προεκλαμψία), αλλά και τροφική στέρηση, ασυμβατότητα Rh, προγεννητικό stress και ιώσεις (κυρίως από Coxsackie-B) παρατηρούνται διαρκώς στο ιατρικό παρελθόν των σχιζοφρενών σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα (Seymour, Rhodes, Stein&Langdon, 2015).



*Εικόνα 4. Coxsackie- B*

Επιπλέον, οι σπασμοί, το μειωμένο βάρος του νεογνού, η μικρότερη περίμετρος του κρανίου και το μειωμένο βάρος της μητέρας θεωρούνται αξιόλογοι συντελεστές επικινδυνότητας της σχιζοφρένειας (Swanson & Estroff, 1994).

- *Εποχή, τόπος και σειρά γέννησης.*

Φαίνεται πως περισσότεροι σχιζοφρενείς έρχονται στον κόσμο τον χειμώνα. Αυτό οφείλεται είτε στην υψηλή πιθανότητα έκθεσης του βρέφους σε ιώσεις είτε στην πιθανή γενετική υπεροχή των σχιζοφρενικών νεογνών στην ανθεκτικότητά τους σε δύσκολους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Πετρουλάκης, Σακελλαρόπουλος & Φαλάρας, 1990). Επιπλέον, επηρεάζει και ο τόπος γέννησης (αστικό περιβάλλον), αλλά και η σειρά γέννησης (εμφανίζεται κυρίως στους πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών και στα τελευταία παιδιά στις πολυμελής) (Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner & Dickson, 2002).

- *Αναπτυξιακές ανωμαλίες.*

Έρευνες σε άτομα υψηλής επικινδυνότητας για σχιζοφρένεια (παιδιά σχιζοφρενών), αλλά και έρευνες στις γεννήσεις γενικού πληθυσμού (cohort), φανερώνουν πως το 25 - 50% των παιδιών υψηλής επικινδυνότητας εμφανίζουν υποτονία, αργούν να αναπτυχθούν, αμβληγρά νευρολογικά στοιχεία (ελαττωμένη κινητική συνεργεία) και μείωση της προσοχής, της ομιλίας και της σχολικής επίδοσης (Κασιμάτη, 2000).

## **Κεφάλαιο 2. Σχιζοφρένεια**

### **2.1 Οι τύποι της σχιζοφρένειας**

### 1) Παρανοϊκός τύπος

Η παρανοϊκή σχιζοφρένεια εμφανίζει ιδιαίτερη καχυποψία στους γύρω εξαιτίας παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων διωκτικού ή μεγαλοπρεπή χαρακτήρα, καθώς και διαρκής ακουστικές ψευδαισθήσεις ή κυρίαρχους παραληρητικούς λογισμούς. Ο ασθενής συνήθως είναι τσιτωμένος, μη συζητήσιμος, εχθρικός και επιθετικός. Δημιουργούνται πολλές δυσκολίες αφού καταλήγουν στην ανεργία, χωρίς παρέες και χωρίς ιατρική καθοδήγηση. Ξεκινάει ύστερα από τα 30 έτη και είναι εφόρου ζωής. Όμως, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στα συμπτώματα και να βοηθήσει ικανοποιητικά (Papadopoulos, Leavey&Vincent, 2002).

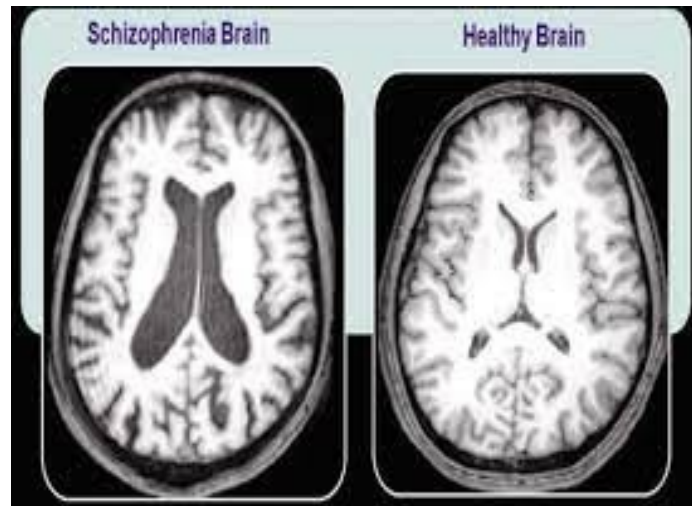


*Εικόνα 5. Ζωγραφιά παρανοϊκής σχιζοφρένειας*

Η ενεργητικότητα του πάσχοντα συχνά επηρεάζεται πιο λίγο στον παρανοϊκό τύπο παρά στον κατατονικό ή στον αποδιοργανωτικό τύπο και τα άτομα δύναται να ζουν φυσιολογικά σε κοινωνικές και επαγγελματικές συνθήκες. Επομένως, μπορούν να είναι έγγαμοι με απογόνους και να δουλεύουν (Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner&Dickson, 2002).

### 2) Αποδιοργανωτικός τύπος

Η συμπεριφορά χαρακτηρίζεται ως οπισθοδρομική και πρωτόγονη. Συνηθισμένα γνώρισμα αποτελούν η ανοησία, το άτοπο ασύμβατο γέλιο με αυτά που λέει, οι εκφράσεις του προσώπου, και η ακραία κοινωνική απομόνωση. Η επικοινωνία είναι συνεχώς ασυνάρτητη. Παρουσιάζεται πιο πολύ στα 15 με 25 χρόνια. Κύριο γνώρισμα που τον ξεχωρίζει από τους άλλους τύπους είναι η ιδιαίτερα περίεργη και ανορθόδοξη συμπεριφορά, η οποία δεν έχει σκοπό και νόημα, π.χ. να περπατάει μέσα σε ένα χώρο (Πετράκη, 1998).



*Εικόνα 6. Αποδιοργανωτικός τύπος σχιζοφρένειας*

### 3) Κατατονικός τύπος

Η κατατονική σχιζοφρένεια εκφράζεται με δύο ακραίες και αντιστρόφως ανάλογες τάσεις, το λήθαργο και τη διέγερση. Στην πρώτη επικρατεί ψυχοκινητική καθυστέρηση, αλαλία, ποζάρισμα, αρνητισμός, ακαμψία και ελάττωση της κινητικότητας του ασθενή έως και την πλήρη ακινησία. Στην τελευταία επικρατεί υπερδιέγερση, η οποία συνεπάγεται την εξουθένωση ή τη βλάβη του ίδιου ή των γύρω του αν δεν περιοριστεί. Δύναται να υπάρχει ηχολαλία με επανάληψη των ηχητικών ερεθισμάτων που βίωσε προγενέστερα ή και μίμηση κινήσεων (Elkashef, Buchanan, Gellad, Munson & Breier, 1994).



*Εικόνα 7. Κατατονική σχιζοφρένεια*

### 4) Αδιαφοροποίητος τύπος

Είναι οι καταστάσεις με απουσία κατατονίας, παράνοιας ή αποδιοργανωμένου λόγου και συνήθως προσομοιάζει άλλες νόσους. Υπάρχουν αρκετές ασυντόνιστες συμπεριφορές και ψυχωτικά συμπτώματα, για παράδειγμα ψευδαισθήσεις,

παραισθήσεις, ασυναρτησία, τα οποία συναντάμε και στους άλλους τύπους (Corrigan&Watson, 2002).

#### 5) Υπολειμματικός τύπος

Χρόνια μορφή σχιζοφρένειας. Εμφανίζεται ως συνέχεια πρώιμης μορφής που είχε ξεκινήσει ως ένας άλλος τύπος σχιζοφρένειας. Η διάγνωση προκύπτει όταν παύουν τα εμφανή συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από εκκεντρική συμπεριφορά αλλά αφανή ψυχωτικά συμπτώματα και υπρισχύουν τα αρνητικά όπως απάθεια, κοινωνική απομόνωση και παράλογη σκέψη. Τα θετικά συμπτώματα απαλείφονται, όμως τα αρνητικά υφίστανται ακόμα. Στην περίπτωση που επανεμφανιστούν είναι ήπια. Το άτομο έχει εκδηλώσει σίγουρα ένα περιστατικό σχιζοφρένειας με εμφανή ψυχωτικά συμπτώματα (Σταθάρου, Παπαθανασίου, Γκούβα, Μασδράκης Μπερκ & Κοτρώτσιου, 2011).

#### 6) Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

Υπάρχει σε γνώριμες συμπεριφορές σχιζοφρένειας, εκτός από τις ενδεικτικές διαταραχές της διάθεσης, όπως η κατάθλιψη ή η μανία (Καρύδη, 2007).



*Εικόνα 8. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή*

#### 7) Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή

Τα κύρια γνωρίσματα της περιορισμένης ψυχωτικής διαταραχής εμπεριέχουν μια απρόσμενη έκφραση ψυχωτικών συμπτωμάτων με χρονική διάρκεια από μία έως 30 ημέρες και στην συνέχεια υφίσταται πλήρη επιστροφή στην προ επεισοδίου λειτουργική κατάσταση. Η διάγνωση εξαρτάται από το αν υπάρξουν γνώριμα στοιχεία στρεσογόνων παραγόντων ή προυπήρξε τοκετός εντός 4 εβδομάδων (Τσιάκαλος, 1998).

## 8) Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

Τα κύρια γνωρίσματα της σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής ταυτίζονται με αυτά της σχιζοφρένειας, εκτός από το χρονικό περιορισμό, που κυμαίνεται από 1 έως 6 μήνες. Η διάγνωση χαρακτηρίζεται "προσωρινή" στην περίπτωση που δεν γίνει ύστερα από την ανάρρωση (Δημέλλης, 2019).

## 9) Παραληρητική διαταραχή

Υπάρχει τουλάχιστον μία παραληρητική ιδέα χρονικής διάρκειας μεγαλύτερης από 1 μήνα. Δεν παρουσιάζεται αλλαγή στην λειτουργικότητα του ατόμου. Οι παραισθήσεις συνδυάζονται με εξασθενημένη συμπεριφορά ή μανιακά επεισόδια (Κωνσταντόπουλος, 1995).



*Εικόνα 9. Παραληρητική σχιζοφρένεια*

## **2.2 Παράγοντες κινδύνου**

Οι λόγοι που υπάρχει σχιζοφρένεια παρά τις πολλές έρευνες έχουν διευκρινιστεί ανεπαρκώς. Εντούτοις, ευθύνονται ορισμένοι συντελεστές που κατηγοριοποιούνται σε βιολογικούς, σε κοινωνικούς και σε ψυχολογικούς. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις πως ορισμένα γονίδια ενώ λειτουργούν φυσιολογικά, γίνονται παθολογικά έπειτα από την επιρροή στρεσογόνων καταστάσεων (Joachim&Acorn, 2000).

### **2.2.1 Οι βιολογικοί παράγοντες**

#### 1) Γενετικοί παράγοντες

Ο πιο κοινός συντελεστής κινδύνου για τη σχιζοφρένεια αποτελεί η συγγένεια πρώτου βαθμού με σχιζοφρενή. Έρευνες σε δίδυμους και υιοθετημένους καταδεικνύουν πως ο γενετικός κώδικας επιδρά πιο πολύ από το οικογενειακό περιβάλλον. Για παράδειγμα στην περίπτωση όπου και τα γονίδια και το περιβάλλον



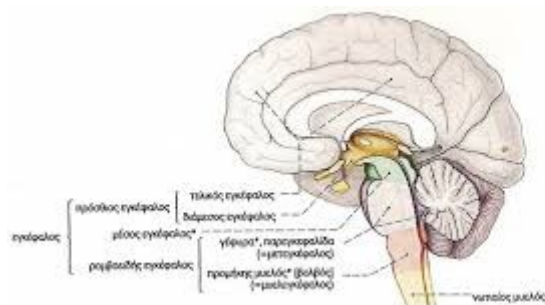
συνδυάζονται, η πιθανότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας ανέρχεται στο 66% με 83%. Επειδή όμως στους μονοζυγωτικούς δίδυμους δεν είναι απόλυτη η παρουσίαση σχιζοφρένειας, είναι ασθένεια με αμιγώς κληρονομικό χαρακτήρα. Υπολογίζεται ότι συνδυάζονται πάρα πολλά γονίδια με ελάχιστη επιρροή το καθένα (Madianos, Priami, Alevisopoulos, Koukia&Rogakou, 2005).



Εικόνα 10. DNA- γενετικοί παράγοντες για τη σχιζοφρένεια

## 2) Οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία

Έχει να κάνει με τη δομική εγκεφαλική βλάβη και τη νευροχημική διαταραχή του εγκεφάλου. Στις δομικές βλάβες υπάρχουν παραμορφώσεις στις ελαττωμένες διαστάσεις του ιππόκαμπου, ελάττωση των διαστάσεων των δομών του μεταχιακού συστήματος, διαπλάτυνση των κοιλιών του εγκεφάλου με συνέπεια τη μείωση των εγκεφαλικών κυττάρων αλλά και νευροχημικές διαφορές στο μετωπιαίο λοβό. Οι νευροχημικές βλάβες έχουν να κάνουν με υπερβολική παραγωγή ντοπαμίνης ή υπερβολική ευαισθησία των υποδοχέων στη ντοπαμίνη, ή με διαταραχές του σεροτονινεργικού και του νοραδρενεργικού συστήματος (Sartorius&Schulze, 2005).



Εικόνα 11. Νευροφυσιολογία εγκεφάλου



### 3) Η γονική ηλικία

Τις τελευταίες δεκαετίες εμφανίστηκε μία διαπίστωση από τον Edward Hare η οποία υποστηρίζει πως η ηλικία του πατέρα αποτελεί συντελεστή κινδύνου για την παρουσία σχιζοφρένειας στα παιδιά. Με βάση έρευνες 1 στα 141 παιδιά εμφανίζουν την ασθένεια όταν ο πατέρας είναι έως 25 χρονών και 1 στα 47 όταν ο πατέρας είναι 50 - 54 χρονών. Αλλά δεν έχει καθοριστεί αν οφείλεται σε βιολογικούς ή ψυχοκοινωνικούς λόγους, αφού ένας πιο ηλικιωμένος γονέας δεν προσφέρει το καλύτερο ψυχοκοινωνικό περιβάλλον στους απογόνους. Εντούτοις, επικρατεί το πρώτο, εξαιτίας των CNVs όπου δημιουργούνται μεταλλάξεις οι οποίες γίνονται κατά την παραγωγή του σπέρματος σε άνδρες προχωρημένης ηλικίας (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff & Locke, 1977).

### 4) Προγεννητικά και περιγεννητικά γεγονότα

Στη συγκεκριμένη περίπτωση εμπεριέχονται οι μαιευτικές επιπλοκές και η εποχή της γέννησης. Πολλές έρευνες δείχνουν συνοχή ανάμεσα στην ασθένεια και τις επιπλοκές οι οποίες δύναται να υπάρχουν στην κύηση (αιμορραγία, προεκλαμψία), κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη (χαμηλό βάρος γέννησης, συγγενείς δυσμορφίες, μικρή περίμετρο κεφαλής) ή κατά τον τοκετό (ασφυξία, ατονία της μήτρας, έκτακτη ανάγκη καισαρικής τομής). Η εποχή της γέννησης αποτελεί ένα από τα βασικότερα στάνταρ των επιδημιολογικών γνωρισμάτων της σχιζοφρένειας και έχει να κάνει με τον παραλληλισμό της με γεννήσεις τον χειμώνα και την άνοιξη ίσως εξαιτίας ιογενούς λοίμωξης της μητέρας κατά την εμβρυϊκή ζωή και πιο πολύ το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Schultze & Angermeyer, 2003).

## **2.2.2 Κοινωνικοί παράγοντες**

### 1) Η περιοχή κατοικίας

Έρευνες αποδεικνύουν πως άτομα γεννημένα στις πόλεις παρουσιάζουν πιο συχνά σχιζοφρένεια, και μάλιστα όσο πιο πολυπληθής η πόλη, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα. Ένας λόγος μπορεί να είναι είναι η κοινωνική απομόνωση – στέρηση των κατοίκων μεγάλων αστικών κέντρων (Ross & Goldner, 2009).

### 2) Η μετανάστευση

Υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στις ποικίλες εθνικές μειονότητες και την παρουσίαση σχιζοφρένειας. Πιο μεγάλες πιθανότητες υπάρχουν στις μειονότητες της μαύρης φυλής της ευρωπαϊκής ηπείρου, ίσως εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης.

Επιπλέον, μεταξύ των μεταναστών της ίδιας εθνικότητας, υπάρχει ποικιλία στο ποσοστό κινδύνου, κάτι που επισημαίνει πως δεν είναι καθαρά γενετική ασθένεια και έχει να κάνει με το γύρω περιβάλλον (Αγγελόπουλος, 2009).

### **2.2.3 Ψυχολογικοί παράγοντες**

Εμπεριέχονται γεγονότα που έχουν ως συνέπεια το έντονο στρες, που λογίζεται βαρυσήμαντος συντελεστής.

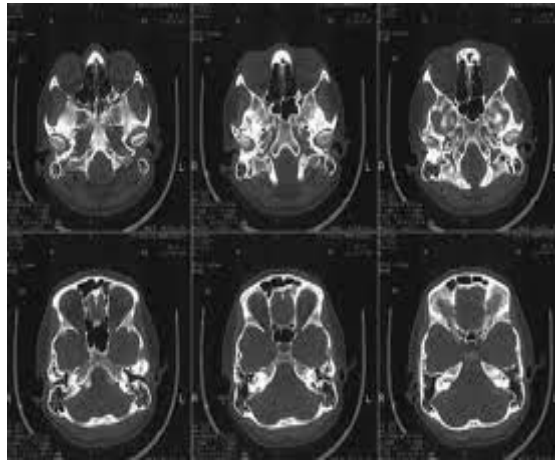
1) Γονική απώλεια: Απώλεια ενός ή αμφοτέρων των γονέων σε άτομο κάτω των 16 ετών υπολογίζεται πως μεγαλώνει την επικινδυνότητα παρουσίασης της ασθένειας 3 φορές περισσότερο, δεν σχετίζεται όμως με την διπολική διαταραχή (Κορδούτης & Παυλόπουλος, 2006).

2) Εκφοβισμός – Bulling: υπάρχει αξιόλογος σύνδεσμος ανάμεσα στα ψυχικά προβλήματα και των αυτοτραυματισμών, τον εκφοβισμό (σχολικό και μη), της βιαιοπραγίας και των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Η πιθανότητα παρουσίασης ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι 2 φορές μεγαλύτερος όταν βιώθηκε εκφοβισμός στα 8-10 χρόνια ζωής (Μουσούρου, 1998).

3) Αντιξοότητες της καθημερινότητας: Συχνά συμβαίνει ένα αρκετά στρεσογόνο περιστατικό πριν την παρουσίαση συμπτωμάτων σχιζοφρένειας. Αυτό συμβαίνει κατά την εξέλιξη της ασθένειας και πριν τις εξάρσεις όπου συμβαίνουν αγχώδη, πιεστικά γεγονότα ή δημιουργείται ανασφάλεια (Angermeyer & Matschinger, 2005).

### **2.3 Παθοφυσιολογία της νόσου**

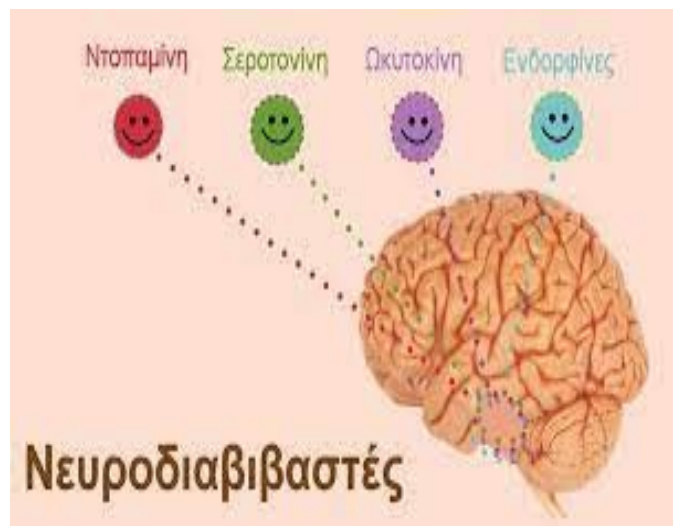
Η παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας ερευνάται ακόμα, αλλά υπάρχουν εικασίες για τις μεθόδους που βοηθάνε τους πάσχοντες. Οι εικασίες έχουν να κάνουν με ανατομικές, νευροδιαβιβαστικές και ανοσολογικές παραμορφώσεις. Έρευνες νευροαπεικόνισης υποδεικνύουν πως υφίστανται και σε εγκέφαλους σχιζοφρενών που δεν διαθέτουν τη συγκεκριμένη διαταραχή. Αξιόλογες είναι και οι ποικίλες συνδέσεις είτε σε ένα είτε σε περισσότερα σημεία του εγκεφάλου. Έρευνες με μαγνητική τομογραφία (MRI) παρουσιάζουν ανατομικές ανωμαλίες στο δίκτυο του νεοφλοιού και τα σημεία όπου συναντιούνται οι οδοί της λευκής ουσίας. Επισημαίνεται πως στους σχιζοφρενείς αλλοιώνεται η λειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος. Αυτό επικυρώνεται από το ότι τα φάρμακα που παρέχουν αντίντοπαμινεργικές ιδιότητες φέρουν αποτέλεσμα στα ψυχωτικά επεισόδια (Χαλικιοπούλου, 2003).



*Εικόνα 12. Σύνθετη μαγνητική τομογραφία που απεικονίζει την σχιζοφρένεια*

Ταυτόχρονα, φάρμακα τα οποία ερεθίζουν τους συγκεκριμένους νευρώνες (π.χ., αμφεταμίνες) χειροτερεύουν τα ψυχωτικά συμπτώματα. Επιπλέον, δεν γνωρίζουμε πως επηρεάζονται οι νευροδιαβιβαστές. Παρόμοιες έρευνες, με ανταγωνιστές NMDA δείχνουν πως υπάρχουν αλλαγές και στους υποδοχείς του γλουταμινικού οξέος. Η ανοσολογική λειτουργία κλονίζεται και αυτή εξαιτίας της νόσου και δύναται να αιτιολογήσει γιατί αλλοιώνονται τα προαναφερθέντα συστήματα. Η υπερενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος συνεπάγει την υπερέκφραση των φλεγμονωδών κυτοκινών και συνεχίζει παραμόρφωση της δομής του εγκεφάλου και της λειτουργίας (Οικονόμου, Γραμανδάνη & Λουκή, 2006).

Οι πάσχοντες διαθέτουν μεγάλες τιμές προφλεγμονωδών κυτοκινών που σηματοδοτούν την κυνουρενίνη, όπου η τρυπτοφάνη μεταβολίζεται σε κυνουρενικό και κινολινικό οξύ (Economou, Richardson, Gramandani, Stalicas&Stefanis,2009). Τα παραπάνω οξέα καθορίζουν την ενεργότητα του υποδοχέα NMDA και επιπλέον δύναται να συμμετέχουν στη ρύθμιση της ντοπαμίνης (Madianos, Economou, Hatzianeou, Papageorgiou & Rogakou, 1998).



Εικόνα 13. Απεικόνιση των νευροδιαβιβαστών

## 2.4 Συμπτωματολογία

Με βάση διάφορες έρευνες, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας χωρίζονται σε 2 ομάδες: 1) Τα θετικά συμπτώματα, για παράδειγμα παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις 2) Τα αρνητικά συμπτώματα, στα οποία υπάρχει απουσία συμπεριφορών.

Τα συμπτώματα είναι ασταθή, αλλάζουν καθώς περνάει ο καιρός, αναπτύσσεται διαφορετικά η ασθένεια. Επομένως, με ορισμένα φάρμακα υποχωρούν παροδικά τα συμπτώματα, όχι όμως και μόνιμα. Συχνά ξεκινούν να απουσιάζουν οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και οι εξωπραγματικές ενέργειες, όμως υπάρχουν ακόμα τα αρνητικά συμπτώματα (Roman&Floyd, 1981).

Τα θετικά συμπτώματα συχνά σχετίζονται με τις εξάρσεις της διαταραχής, και εμπεριέχουν διαταραχές της αντίληψης, για παράδειγμα παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, διαταραχές σκέψης και διαταραχές συμπεριφοράς. Η εξάλειψή τους αποτελεί βασικό σκοπό της αγωγής με αντιψυχωσικά φάρμακα (Strauss, 2013).

### • Διαταραχές αντίληψης:

Οι ψευδαισθήσεις αποτελούν λανθασμένες αντιλήψεις οι οποίες σχετίζονται με τις 5 αισθήσεις και δεν υπάρχουν για αυτό τεκμήρια. Υπολογίζεται πως σχεδόν το 90% των πασχόντων εκδηλώνουν παραληρητικές αντιλήψεις κατά τη διάρκεια της νόσου. Πιο συχνά ακουστικές ψευδαισθήσεις, δηλαδή υπάρχουν φωνές και ήχοι στο μυαλό τους, ενώ έπειτα ακολουθούν οι οπτικές ψευδαισθήσεις. Οι παραισθήσεις αποτελούν ψευδή κατανόηση υπαρκτών ερεθισμάτων και ίσως σχετίζονται με αλλοπρόσαλλες ιδέες. Περίπου οι μισοί πάσχοντες παρουσιάζουν ακουστικές ψευδαισθήσεις (Pergola, Selvaggi, Trizio, Bertolino&Blasi, 2015).

• *Διαταραχές σκέψης:*

Αφορούν είτε απρόσμενες είτε δυσνόητες μορφές συλλογισμού και είναι τα βασικά γνωρίσματα της σχιζοφρένειας. Ο ασθενής δύναται να παρουσιάσει "αποδιοργανωμένη σκέψη", με άλλα λόγια να αδυνατεί να συνδέσει ορθά τους λογισμούς του, κάτι που φαίνεται και στην ομιλία του. Επιπλέον, δύναται να υπάρχουν ανορθόδοξοι λογισμοί που εκδηλώνονται ως παραισθήσεις (Moscovici, 1961).

Σε αυτές συγκαταλέγονται και οι παράλογες ιδέες οι οποίες χωρίζονται στις κάτωθι ομάδες:

- a) Παραληρητικές ιδέες καταδίωξης: Ο ασθενής πιστεύει πως ορισμένοι, συνήθως αποκαλούνται "αυτοί" συνωμοτούν εναντίον του προκειμένου να τον κοροϊδέσουν ή να τον πληγώσουν με οποιοδήποτε τρόπο. Παράδειγμα αυτών των διωκτικών ψευδαισθήσεων αποτελεί η πεποίθηση πως το φαγητό περιέχει δηλητήριο (Kingdon&Turkington, 2011).
- b) Παραληρητικές ιδέες αναφοράς: Ένα γενικού ενδιαφέροντος σχόλιο θεωρείται πως εμπεριέχει προσωπικό και συγκεκριμένο μήνυμα. Με άλλα λόγια, ένας ασθενής που πάσχει από σχιζοφρένεια δύναται να θεωρεί πως μια πινακίδα ή ένα τηλεοπτικό πρόσωπο απευθύνει τα σχόλιά του προσωπικά στο άτομό του (Khullar, Chue&Tibbo, 2001).
- c) Ψευδαισθήσεις μεγαλείου: Θεωρεί πως είναι εξαιρετικά δημοφιλής προσωπικότητα ή εξέχον πρόσωπο, όπως ο Ιησούς Χριστός ή Ναπολέοντας και κατέχει ιδιαίτερη γνώση και δύναμη (Loukidouetal, 2013).
- d) Παραληρητικές ιδέες ελέγχου: Έχει την πεποίθηση πως οι σκέψεις ή οι ενέργειες του καθοδηγούνται από κάποια ανώτερη δύναμη (Σταύρου, 2002). Ίσως υποστηρίζει πως οι λογισμοί του περνάνε και σε άλλους ή πως κάποιος μπορεί να βάζει και να βγάζει ιδέες στο μυαλό του (Corrigan&Watson, 2002).
- e) Σωματικές παραληρητικές ιδέες: Θεωρεί πως η δομή ή η λειτουργία του σώματος του επηρεάζεται, για παράδειγμα μπορεί να βρίσκεται κάποιο μηχανήμα μέσα του (Goffman, 2001).

• *Διαταραχές συμπεριφοράς:*

Υπάρχει ελάττωση της καθημερινής ενεργότητας, απρόσμενες ή ανορθόδοξες συναισθηματικές εκδηλώσεις άσκοπες και περιεργες. Εδώ υπάγονται περιπτώσεις όπως:

- I. Αμφιθυμία: ο πάσχοντας αισθάνεται ανάμεικτα συναισθήματα για ένα πρόσωπο, για παράδειγμα αγάπη και μίσος.
- II. Συναισθηματική έκπτωση: Ανυπαρξία φιλικού συναισθήματος και αδιαφορία για το περιβάλλον του.
- III. Αποδιοργάνωση: Δυσχέρεια στις εργασίες της καθημερινότητας. Ίσως συνδυάζεται με υπερκινητικότητα και άσκοπες ενέργειες όπως το περπάτημα πάνω κάτω (Perez-Costas, Ferro&Roberts, 2010).

#### **2.4.1 Τα συμπτώματα**

Ανυπαρξία συναισθηματικών εκδηλώσεων και λόγων για τις δραστηριότητες ρουτίνας, οι οποίες είναι βαρυσήμαντες για τη σχιζοφρένεια διότι αποτελούν τα αρχικά συμπτώματα της ασθένειας και καταδεικνύουν αξιόλογες αιτίες αναπηρίας των σχιζοφρενών. Εννοιολογικά, τα αρνητικά συμπτώματα καθορίζονται από την ιδιαίτερη μη φυσιολογική λειτουργία και υπάρχει ευκρινής διαχωρισμός από τα θετικά συμπτώματα στα οποία επικρατούν υπερβολές της κανονικής λειτουργίας. Οι πάσχοντες οι οποίοι δεν έχουν συναισθηματικές διακυμάνσεις, δεν αλλάζουν τον τόνο της φωνής τους ούτε και τις εκφράσεις κατά την ομιλία τους και δεν αντιδρούν στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος (Penn&Martin, 1998).

Η ένταση και η έκταση των συναισθημάτων τους δεν είναι εκτεταμένη (συναισθηματική ισοπέδωση- ανηδονία), αδυνατούν να μιλήσουν εύλογα ή να σκεφτούν κάτι καινούργιο (αλογία) και δεν επιδιώκουν κάποια εκκίνηση συμπεριφοράς στόχου-σκηνοθεσίας (αβουλησία). Η συναισθηματική ισοπέδωση εκδηλώνεται με απομάκρυνση του ανθρώπου από συγγενείς και φίλους, ανυπαρξία φιλικών συναισθημάτων και απάθεια. Η ανηδονία χαρακτηρίζεται από αδυναμία του πάσχοντα να αισθανθεί χαρούμενος. Η αλογία χαρακτηρίζεται από απότομες και άδειες απαντήσεις, αργή ανταπόκριση στα σχόλια και στις ερωτήσεις (Angermeyer, Matscinger&Corrigan, 2009).

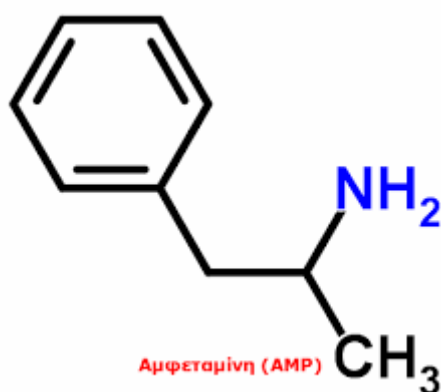
Η αβουλησία φαίνεται από την ανικανότητα εκκίνησης και επιμονής σε κάποια ενέργεια, ακόμα και αν αφορά βασικές ενέργειες προσωπικής υγιεινής. Συχνά τα θετικά συμπτώματα παραμένουν σταθερά μετά τα πρώτα 5-10 χρόνια από τότε που

έγινε η διάγνωση, όμως τα αρνητικά τις περισσότερες φορές χειροτερεύουν κατά την εξέλιξη της ασθένειας (King, Hodgekins, Chouinard, Chouinard & Sperandio, 2017).

#### 2.4.2 Συνοσηρότητα σχιζοφρένειας

Μαζί με την παρουσία της σχιζοφρένειας συμβαίνουν και άλλες παθολογικές καταστάσεις στη συνέχεια και προκειμένου να ελαττωθεί η θνητότητα πρέπει οι θεράποντες ιατροί να ανταπεξέλθουν σωστά στις καταστάσεις αυτές και να υπάρχει καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση. Το κυριότερο σύμπτωμα που εξελίσσεται είναι η συναισθηματική διαταραχή, η οποία κάνει ακόμα πιο σύνθετη τη διαδικασία της διάγνωσης. Η κατάθλιψη προκύπτει και από την αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή ή συνδυάζεται με την οξεία κατάσταση της ασθένειας και παρουσιάζεται στην πλειονότητα των ασθενών. Περίπου το 2-5% παρουσιάζει ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά (Angermeyer, Schutze, Dietrich, 2003).

Η συγκεκριμένη κατάσταση δυσχεραίνει σημαντικά τα πράγματα αφού η αγωγή για την καταπολέμησή της ίσως επιβαρύνει τη σχιζοφρένεια ή μπορεί να συνεπάγει και έξαρση μανίας. Η εξάρτηση των ασθενών από ποικίλες χημικές ουσίες είναι σχεδόν αναπόφευκτη. Η βάσιμη διακαιολογία του γεγονότος αυτού είναι πως τις προτιμούν για να καταπραΰνουν τα συμπτώματα της ασθένειας. Πιο δημοφιλείς είναι η νικοτίνη, οι αμφεταμίνες και η καφεΐνη, πιο συχνά από ασθενείς οι οποίοι έχουν αποσυρθεί, αλκοόλ και χασίς όταν επικρατεί υψηλό επίπεδο κοινωνικοποίησης, αλλά και κάνναβης και οινόπνευματος (Δασκαλοπούλου & συν, 2005).



Εικόνα 14. Χημική αποτύπωση της αμφεταμίνης

#### 2.5 Η διάγνωση

Η απαίτηση για ευκρινή διαχωρισμό των ψυχικών διαταραχών υπήρχε κατά την εξέλιξη της ιστορίας της ιατρικής, όμως έως τώρα απουσίαζε συμφωνία όπου θα πρέπει να εμπεριέχει διαταραχές και την καλύτερη στρατηγική για την οργάνωσή τους. Οι ποικίλες μέθοδοι κατηγοριοποίησης που εξελίσσονταν κατά καιρούς δεν έμοιαζαν η μία με την άλλη στην αιτιολογία και τα γνωρίσματα. Επίσης, οι ποικίλες μέθοδοι για την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών δεν είχαν να κάνουν με το αν ο βασικός σκοπός τους αποτελούσε τη χρήση στην κλινική πράξη ή στην έρευνα (Swartz&Swanson, 2000).

Υφίστανται δύο μέθοδοι κατηγοριοποίησης της σχιζοφρένειας, σύμφωνα με τις οποίες πραγματοποιείται η διάγνωση της ασθένειας, το DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών) και το ICDInternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems(Wang, Fick, Adair&Lai,2007).

Η αρχική έκδοση του συστήματος DSM διενεργήθηκε από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική ένωση, το 1952. Καθώς περνούσε ο καιρός υπήρξαν πολλές αναθεωρήσεις του συστήματος, με αποκορύφωμα την τελευταία το 2013 και είναι η πέμπτη έκδοση ( DSM – V ). Στηρίζεται στην τέταρτη έκδοση, με ορισμένες ανεπαίσθητες μεταβολές που προκειμένου να φανούν ευκρινώς, πρέπει πρώτα να ερμηνευθεί η τέταρτη έκδοση. Με βάση το DSM – IV, προκειμένου να διαγνωστεί πως ένα άτομο έχει σχιζοφρένεια πρέπει να υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις και συμπτώματα. Απαιτείται να εμφανίζονται 2 ή περισσότερα από τα 6 συμπτώματα που αναγράφονται στη συνέχεια, χρονικά να ξεπερνούν τον ένα μήνα και να εκδηλώνονται κατά την κλινική συνέντευξη (Seymour, Rhodes, Stein&Langdon, 2015).





Εικόνα 15. Διαγνωστικά κριτήρια

Συμπτώματα:

- ❖ Παραληρητικές ιδέες
- ❖ Ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές)
- ❖ Αποδιοργανωμένος λόγος
- ❖ Κατατονική / αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- ❖ Αρνητικά συμπτώματα.

Αν υπάρχουν φωνές οι οποίες σχολιάζουν ή συνομιλούν ή οι παραληρητικές ιδέες εμπεριέχουν ανορθόδοξο νόημα, τότε λοιπόν η εμφάνιση ενός συμπτώματος από τα προαναφερθέντα επαρκεί προκειμένου να διαγνωστεί (Kingdon & Turkington, 2011). Θα πρέπει να υφίσταται μακροχρόνια δυσλειτουργία στην κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση αρκετά πριν παρουσιάσει συμπτώματα της ασθένειας. Οι δυσλειτουργίες αυτές έχουν να κάνουν με την αυτοεξυπηρέτηση, τη δουλειά και τις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή ή κατά την παιδική ή εφηβική του περίοδο, να μην μπορεί καταφέρει να διατηρήσει ένα ικανοποιητικό και αναμενόμενο στάδιο (Wahl. & Harman, 1989).

Επιπλέον, η χρονική περίοδος των συμπτωμάτων θα πρέπει να ξεπερνάει το εξάμηνο και η συνεχόμενη χρονική διάρκεια του συμπτώματος τον 1 μήνα. Το σύστημα ICD συστήνεται από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας και όπως και το DSM έχει υποστεί πολυάριθμες αναθεωρήσεις, με την τελευταία να αναφέρεται στο ICD-10 , το 2007. Έχει να κάνει με ένα κωδικοποιημένο σύστημα με γράμματα και αριθμούς τα οποία σχετίζονται με ποικίλες καταστάσεις. Εμφανίζει πολλές ομοιότητες με το DSM, όμως η βασική διαφορά τους βρίσκεται στη χρονική διάρκεια της ασθένειας, επειδή στη

συγκεκριμένη δεν χρειάζεται τα συμπτώματα να διαρκούν το λιγότερο ένα εξάμηνο αλλά ένα μήνα (Perez-Costas, Ferro&Roberts, 2010).

Επιπλέον, στις ποικίλες μορφές της ασθένειας εμφανίζονται αρνητικά ή δεν εμφανίζονται συμπτώματα ανάμεσα στα επεισόδια, ενώ στο DSM υπάρχουν υπολειπόμενες μορφές συμπτωμάτων από προηγούμενες καταστάσεις. Το ICD-10 δίνει δύο ομάδες ιδιαίτερων συμπτωμάτων, τα οποία εμπεριέχουν:

#### **A ομάδα**

- I. Ηχώ σκέψης
- II. Παραληρητικές ιδέες ελέγχου
- III. Παραισθησιογόνες φωνές που συζητούν ή σχολιάζουν τον ασθενή μεταξύ τους
- IV. Επίμονες παραληρητικές ιδέες άλλου είδους οι οποίες δεν υπάρχει περίπτωση να συμβαίνουν

#### **B ομάδα**

- a) Ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις που συνοδεύονται από υπερεκτιμημένες ιδέες
  - b) Ασυνάρτητη ομιλία
  - c) Κατατονική συμπεριφορά
  - d) Αρνητικά συμπτώματα
- (King, Hodgekings, Chouinard, Chouinard & Sperandio, 2017).

## **2.6 Η εξέλιξη της νόσου**

Η εξέλιξη της σχιζοφρένειας είναι κάτι που συμβαίνει σε μεμονωμένα χρονικά διαστήματα και έχει να κάνει με την ιδιοσυγκρασία του ατόμου, όμως μέχρι τώρα δεν έχουν υπάρξει απρόσμενες εκδηλώσεις. Συχνά ξεκινάει στα εφηβικά ή τα νεαρά χρόνια (16-10 ετών). Η αρχική ανακάλυψη των συμπτωμάτων είναι φαινομενικά απρόσμενη, αλλά με μία προσεκτικότερη ματιά, υπήρχαν από πολύ νωρίτερα. Προκειμένου να διαπιστωθεί η λανθάνουσα αυτή νόσος στον εγκέφαλο υπάρχει μία συγκεκριμένη διαδικασία για να είναι ευκρινή τα 4 επίπεδα της ασθένειας (Lefley, 1992) :

- I. Το πρόδρομο στάδιο
- II. Οξεία φάση
- III. Ύφεση

#### IV. Υποτροπή

(Μερτίκα, Οικονόμου, Σταλίκας & Γραμανδάνη, 2006).

##### **1) Το πρόδρομο στάδιο**

Στη συγκεκριμένη φάση της σχιζοφρένειας ο ασθενής δύναται να μην κατανοεί τις μεταβολές που του συμβαίνουν, επειδή είναι πολύ μικρές. Συχνά οι γύρω του αντιλαμβάνονται αυτές τις μεταβολές πριν τον ίδιο τον ασθενή. Τα αρχικά συμπτώματα δεν θεωρείται πως αφορούν αμιγώς τη σχιζοφρένεια, αλλά κάτι πιο απλό, διότι προσομοιάζουν τα συμπτώματα διαφορετικής διαταραχής, που ωστόσο μπορεί και να είναι. Ο ασθενής αρχικά ίσως νιώσει να τον καταβάλλει η κατάθλιψη, το άγχος, η νευρική κατάσταση, και ποικίλα σκαμπανεβάσματα στη διάθεση του. Στην περίπτωση όπου τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι παράλληλα με την εφηβεία ή αμέσως μετά την εφηβεία, επειδή είναι τα συνήθη συναισθήματα θα υπήρχαν έτσι κι αλλιώς (Gaertner, S., Rust, M., Dovidio, J., Bachman & Anastasio, 1996).

Τις ευκρινέστερες ενδείξεις τις αποτελούν τα ξεσπάσματα θυμού, οι παράξενες συμπεριφορές και η κοινωνική απομόνωση. Το συγκεκριμένο στάδιο της σχιζοφρένειας δύναται να είναι για μήνες ή χρόνια προτού προχωρήσει στην οξεία φάση (Madianos, Economou, Hatzianeou, Papageorgiou & Rogakou, 1998). Για αρκετούς ασθενείς οι συγκεκριμένες ενδείξεις καταδεικνύουν μία προαγγελία πως μάλλον έχει να κάνει με παρουσία υποτροπής και η ασθένειά τους βρίσκεται ξανά στην ενεργό φάση και το καταλαβαίνουν από την πείρα τους. Εδώ, η αναθεώρηση της θεραπευτικής και φαρμακευτικής αγωγής ίσως φέρει αντίθετα αποτελέσματα (Economou, Richardson, Gramandani, Stalicas & Stefanis, 2009).

##### **2) Οξεία φάση**

Στο συγκεκριμένο στάδιο η σχιζοφρένεια ολοκληρώνεται σαν ασθένεια. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται στο έπακρο και ο ασθενής έχει πλήρη γνώση για την πρωταρχική εκδήλωση εξαιτίας του απρόσμενου βιώματος του οξέος επεισοδίου. Αλλά ίσως παρουσιαστεί επανειλημμένα και να γίνει πιο δυσχερής η αναγνώριση. Συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και μπερδεμένη σκέψη είναι διακριτά και ο ασθενής φτάνει πλέον στην αυτογνωσία, όπου δεν έχει επιλογή παρά να αποδεχτεί την ασθένειά του (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos & Livaditis, 2008).

Εδώ ως επί το πλείστον πραγματοποιείται και το αρχικό ραντεβού με τον ψυχίατρο, ο οποίος κάνει τη διάγνωση. Το νοσοκομείο είναι ο πιο ακίνδυνος χώρος προσωρινής

κατοίκησης, όπου πραγματοποιείται η αξιολόγηση του πάσχοντα και παρέχεται η αρμόζουσα θεραπεία. Η παραμονή έχει διακύμανση από 4-8 εβδομάδες, κατά μέσο όρο 6 εβδομάδες. Έπειτα, τα συμπτώματα οδηγούνται σε ελάττωση (Μερτίκα, Οικονόμου, Σταλίκας & Γραμανδάνη, 2006).

### **3) Υφεση**

Έπειτα από την υψηλή ενεργότητα των συμπτωμάτων έρχεται η ύφεση. Η παρουσία και η σφοδρότητα των συμπτωμάτων έχει ως αποτέλεσμα να ελαττωθούν σημαντικά και κάποια ίσως εξαλειφθούν τελείως. Με θεραπεία, δύναται να μην υπάρξει μεταβολή σε αυτή την κατάσταση για πολλά χρόνια με συνέπεια να παρατηρείται και φυσιολογική λειτουργία. Η ορθή χορήγηση φαρμάκων και η εύρεση αρμόζουσας βοήθειας περιστελλούν σε μηδαμινό επίπεδο τις συγκεκριμένες υποτροπές (Μουζάς, Αγγελόπουλος & Λιάκος, 2008).

### **4) Υποτροπή**

Η φάση της υποτροπής χαρακτηρίζεται από επανερχόμενη παρουσίαση των συμπτωμάτων με ένα οξύ επεισόδιο. Ένα τέτοιο επεισόδιο μπορεί να αποτραπεί με την κατάλληλη ιατρική θεραπεία. Επιπλέον, η κατανόηση του πότε μπορεί να ξεκινάει κάποια υποτροπή, ίσως βοηθήσει στην καταπολέμηση του επεισοδίου πριν αυτό συμβεί. Βασικό αίτιο υποτροπής αποτελεί η διακοπή λήψης φαρμάκων στο στάδιο της ύφεσης, διότι θεωρούν πως δεν είναι απαραίτητα (Economou, Richardson, Gramandani, Stalicas & Stefanis, 2009).

## **2.7 Θεραπεία**

Αφού η σχιζοφρένεια αποτελεί μια χρόνια ασθένεια που επιδρά στον πάσχοντα και το οικείο περιβάλλον του, οι σκοποί της θεραπείας είναι τρεις:

- I. η ελάττωση ή ο μηδενισμός των συμπτωμάτων
- II. η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η ρύθμιση της ικανότητας προσαρμογής
- III. η βελτίωση και συγκρότηση της ανάκαμψης από τις συνέπειες της ασθένειας στα καλύτερα δυνατά επίπεδα (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos&Livaditis, 2008).

Η λεπτομερής και ορθή διάγνωση είναι το άλφα και το ωμέγα για τη διευθέτηση της βραχυπρόθεσμης και της μακροχρόνιας θεραπείας και βέβαια απαιτεί πολύ χρόνο, ίσως και χρόνια. Μόλις είναι εύκαιρες καινούργιες πληροφορίες χρειάζεται επαναξιολόγηση και αν κριθεί αναγκαίο να προσαρμοστεί το σχέδιο θεραπείας στις νέες αλλαγές. Έπειτα από την πρώτη αξιολόγηση του πάσχοντα και των ψυχοκοινωνικών καταστάσεων που υφίσταται, έρχεται η εκλογή των τρόπων θεραπείας και η θεραπεία παύσης. Ύστερα, ανά τακτά χρονικά διαστήματα γίνεται επαναξιολόγηση της διάγνωσης και του πλάνου θεραπείας (Σταθάρου, Παπαθανασίου, Γκούβα, Μασδράκης Μπερκ & Κοτρώτσιου, 2011).

Η θεραπεία εμπεριέχει είτε φαρμακευτική αγωγή, είτε κοινωνικό-ψυχολογική αγωγή.

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας έχει τρία στάδια:

- a. Εκκίνηση της θεραπείας στην εμφάνιση του αρχικού επεισοδίου
- b. Οξεία φάση
- c. Προώθηση της ανάρρωσης (Gaertner, S., Rust, M., Dovidio, J., Bachman & Anastasio, 1996).

Στην ασθένεια αυτή υπάρχουν επιπτώσεις στην εγκεφαλική λειτουργία, κάτι που δυσχεραίνει τον πάσχοντα να κατανοήσει πως είναι ασθενής με συνέπεια να μην αποζητά τις θεραπείες. Η οξεία φάση παρουσιάζεται και με θετικά αλλά και αρνητικά συμπτώματα όπου το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ο πάσχον αδυνατεί να ανταποκριθεί στις καθημερινές εργασίες που συνήθιζε να έχει μέχρι εκείνη την στιγμή (Papadopoulos, Leavey & Vincent, 2002).

## **2.8 Φαρμακευτική αγωγή**

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα καταπολεμούν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, για παράδειγμα τις παρανοϊκές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, την ικανότητα καθαρής σκέψης, τη κατάθλιψη και άλλα. Εξαιτίας της ξεχωριστής επίδρασης της ασθένειας στο κάθε άτομο, ο καθένας χρειάζεται να πειραματιστεί με ποικίλους αντιψυχωτικούς παράγοντες προτού συμπεράνει τον καλύτερο για τον εαυτό του. Για να εμφανιστούν τα πρώτα αποτελέσματα της θεραπείας συχνά χρειάζονται 3-6 εβδομάδες, κάτι που δημιουργεί δυσαρέσκεια στον πάσχοντα και επιθυμεί να διακόψει την αγωγή (Rasmussen, Greenberg, Mindus, Friehs&Noren, 2000).



*Εικόνα 16. Αντιψυχωτικά φάρμακα*

Το 80% των ασθενών οι οποίοι σταματούν να παίρνουν τα φάρμακά τους, μέσα σε 12 μήνες από το οξύ επεισόδιο θα υποτροπιάσουν, ενώ αυτοί που συνεχίζουν τα φάρμακα έχουν 30% πιθανότητες για κάτι τέτοιο. Σκοπό της φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί η μείωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, η καλύτερευση των αρνητικών συμπτωμάτων, η πρόληψη μελλοντικών ψυχωσικών επεισοδίων και η αποκατάσταση της λειτουργικότητας και της ποιότητας της ζωής του πάσχοντα. Τα πάντα επιδρούν στη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, με άλλα λόγια των χημικών ουσιών που κατευθύνουν την επικοινωνία των κυττάρων του εγκεφάλου μεταξύ τους. Η ντοπαμίνη αποτελεί το βασικό νευροδιαβιβαστή που μεταβάλλει τη δράση του εξαιτίας των φαρμάκων (Μουζιάς, Αγγελόπουλος & Λιάκος, 2008).

Μετέχει στην αντίληψη που αφορά την αξία/σημασία και την ύπαρξη κινήτρων και μόλις το σύστημα της ντοπαμίνης καταστεί υπερδραστήριο, παρατηρείται πως συμμετέχει στη δημιουργία ψευδαισθήσεων, παραισθήσεων και διαταραχών της σκέψης. Τα κλασσικά αντιψυχωτικά (πρώτης γενιάς) παρασκευάστηκαν το '50-60' και καταστέλλουν τη δράση της ντοπαμίνης. Εδώ εμπεριέχεται το σύνολο των αντιψυχωτικών που αξιοποιούνταν προγενέστερα της κλοζαπίνης (Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner&Dickson, 2002).



*Εικόνα 17. Κλοζαπίνη*

Έπειτα κατηγοριοποιούνται στα χαμηλής, μεσαίας και υψηλής ενεργότητας. Η ακριβής δράση του μηχανισμού τους παραμένει άγνωστη, όμως υπολογίζεται πως δρουν ως D2 ανταγωνιστές (Μερτίκα, Οικονόμου, Σταλίκας & Γραμανδάνη, 2006). Τα έντονης δραστηριότητας θεωρούνται καθαρά ανταγωνιστές ντοπαμίνης, όμως τα χαμηλής καταπολεμούν κι άλλους μηχανισμούς, για παράδειγμα τους ισταμινικούς και τους χολινεργικούς. Φέρουν θετική έκβαση ενάντια στα συμπτώματα, όμως παρέχουν αρκετές δυσάρεστες παρενέργειες στο κινητικό σύστημα και εκεί οφείλεται η πρώτη τους ονομασία η οποία ήταν νευροληπτικά (Κορδούτης & Παυλόπουλος, 2006).

### **Κεφάλαιο 3. Κοινωνικός αποκλεισμός και σχιζοφρένεια**

#### **3.1 Ορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού**

Ο εννοιολογικός ορισμός της κοινωνικής απομόνωσης είναι περίπλοκος και έχει να κάνει με διάφορες δυσχέρειες, οι οποίες σχετίζονται με την διαδικασία να υπάρξει ακριβής ορισμός για το συγκεκριμένο κοινωνικό φαινόμενο. Στον αιώνα μας αξιολογείται κατά κόρον η σημασία της φράσης ‘κοινωνικός αποκλεισμός’ προκειμένου να περιγράψει καταστάσεις από τις διαφορετικές (άνισες) θέσεις των ανθρώπων στον κοινωνικό διαμοιρασμό εργασίας (κοινωνικές ανισότητες). Ορισμένες φιλοσοφίες χαρακτηρίζουν τον κοινωνικό αποκλεισμό σαν δυσχέρεια πρόσβασης στα κοινωνικά δικαιώματα του πολίτη ή κάποιου μέλους που ανήκει σε κάποια ομάδα/κοινότητα (Σταθάρου, Παπαθανασίου, Γκούβα, Μασδράκης Μπερκ & Κοτρώτσιου, 2011).



*Εικόνα 18. Απεικόνιση της κατάστασης του κοινωνικού αποκλεισμού*

Στη Γαλλία, τη χώρα όπου εισήγαγε αυτή την έννοια περιγράφεται σαν μία κατάσταση ολικής απόκλισης από τις κυρίαρχες αξίες και τη κοινωνική τάξη. Ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» πρωτοπαρουσιάστηκε, σε κοινοτικό άρθρο το 1989, διότι εκείνη τη χρονική περίοδο ερχόταν σε αντιπαράθεση της Απόφασης του Συμβουλίου των Υπουργών Κοινωνικών Υποθέσεων και της δήλωσης των Επικεφαλής Κρατών ή Κυβερνήσεων, που ενστερνίστηκαν τον Κοινωνικό Χάρτη (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos & Livaditis, 2008).

Η αιτία για την οποία ο κοινωνικός αποκλεισμός παρουσιάστηκε σε κοινοτικά προγράμματα δράσης ξεκινούσε από το γεγονός πως σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Κοινότητα λάμβαναν χώρα καινούργιες μορφές αποστέρησης, που τις ζούσαν καθημερινώς πολυάριθμοι τομείς, ομάδες ή μεμονωμένα άτομα, τα οποία με τον καιρό κατέληγαν να είναι παραγκωνισμένα από την κοινωνία. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα χαρακτήρισε τις αποστερήσεις αυτές «κοινωνικό αποκλεισμό», και από τότε προσπαθεί να τις απαλείψει, διότι ο αποκλεισμός βαρυσήμαντου τμήματος των πολιτών από το βιοτικό επίπεδο το οποίο παρεχόταν στους λοιπούς συμπολίτες, ανακατασκευάζει αξιόλογα προβλήματα στην οικονομική και κοινωνική συνεκτικότητα των Κρατών (Gaebel, Baumann, Witte & Zaeske, 2002).

Κύριες προτεραιότητες στην αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η ικανότητα πραγματοποίησης της εκπαιδευτικής διαδικασίας, η επαγγελματική αποκατάσταση, η εύρεση μόνιμης κατοικίας, η δυνατότητα συμμετοχής σε ποικίλες συλλογικές υπηρεσίες και στην ιατρική περίθαλψη. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αντίθεση με τις Ηνωμένες Πολιτείες, ανακατασκευάζει τη συλλογιστική της για την κοινωνική αποστέρηση ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες, υποστηρίζοντας μία λογική η οποία εμπεριέχει τις μη οικονομικές πτυχές της. Οι πολίτες της Ευρώπης είναι υποχρεωμένοι να εμπεριέχουν στην έννοια «αποκλεισμένος» τα περιθωριοποιημένα άτομα και αυτούς οι οποίοι παρέμειναν αποκλεισμένοι από την



υπάρχουσα κοινωνία και δεν συμβάδισαν με την διεθνή οικονομία (Madianos, Economou, Hatzianeou, Papageorgiou & Rogakou, 1998).

### **3.2 Ιστορική αναδρομή της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού**

Η αντιμετώπιση φαινομένων διαφορετικότητας σε εξωτερικά ή εσωτερικά χαρακτηριστικά από τα πολύ παλιά χρόνια, ίσως από πάντα, γινόταν με την μορφή υποτίμησης, περιφρόνησης, ακόμα και απομάκρυνση από το σύνολο. Δυστυχώς, τέτοιου είδους συμπεριφορές αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ιστορίας (Μερτίκα, Οικονόμου, Σταλίκας & Γραμανδάνη, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, πάντα υπήρχε η τάση των ανθρώπων να προσβάλουν και να μειώνουν άλλους ανθρώπους οι οποίοι μπορεί να ήταν φτωχοί, να είχαν κάποια αναπηρία είτε σωματική είτε ψυχική, να είχαν οποιοδήποτε μορφή αρρώστιας, καθώς και τους ξένους. Χαρακτηριστικά, παραδείγματα από το παρελθόν είναι ο Καιιάδας στην Σπάρτη, όπου ‘ξεφορτώνονταν’ τα άρρωστα παιδιά και όχι μόνο, αλλά και η πασίγνωστη φράση που ήταν βασική πεποίθηση στην Αρχαία Ελλάδα «πας μη Έλλην βάρβαρος», να σημειώσουμε ότι όσους θεωρούσαν ξένους, μη μπορώντας να αντιδράσουν, πέρα από την άνιση μεταχείριση που δέχονταν, ήταν αναγκασμένοι να υποστούν σιωπηλά και επιπλέον συνέπειες, όπως η φτώχεια, η περιθωριοποίηση και στέρηση των κοινωνικών και πολιτικών δικαιωμάτων τους (Μουζάς, Αγγελόπουλος & Λιάκος, 2008).

Όπως φαίνεται, λοιπόν, τα θεμέλια της προκατειλημμένης συμπεριφοράς έχουν χτιστεί από το πολύ μακρινό παρελθόν, παρόλο που κάποιοι μπορεί να νομίζουν ότι λόγω εμφάνισης νέων όρων τις τελευταίες δεκαετίες είναι σύγχρονο φαινόμενο. Συνήθως, και κυρίως στον χώρο τη πολιτικής πρακτικής, οι νέοι όροι κάνουν την εμφάνιση τους με σκοπό να πάρουν την θέση κάποιων άλλων άκοιμων και δυσάρεστων όρων. Είναι πολύ πιθανό κάτι τέτοιο να συμβαίνει και στην εμφάνιση και χρήση του όρου «κοινωνικός αποκλεισμός» (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos & Livaditis, 2008).

Αναλυτικότερα είναι αρκετά πιθανό, υπεύθυνο για την διάδοση του όρου «κοινωνικός αποκλεισμός» να είναι το γεγονός ότι έχει δεχθεί κάποιες μεταποιήσεις στην σημασία του και ορισμένες φορές χρησιμοποιείται ως εγκωμιασμός. Παρόλο, που όταν πρωτοεμφανίστηκε η χρήση του αποσκοπούσε στην επεξήγηση της πράξης της απόρριψης ενός ατόμου από κάποιο σύνολο, που μπορεί να ήταν μια ομάδα, ένα θεσμός, ένας οργανισμός ή ένας κοινωνικός χώρος, πλέον άπτεται στο αποτέλεσμα

αυτής της ενέργειας, δηλαδή στην κατάσταση όσων βιώνουν απόκλιση, δίχως ένδειξη από πού αποκλείονται και ποιος τους αποκλείει (King, Hodgekins, Chouinard, Chouinard & Sperandio, 2017).

Αν κοιτάξουμε κάποιους αιώνες πίσω θα δούμε ότι τότε βασικό κριτήριο για να χαρακτηριστεί μια κοινωνική ομάδα αδύναμη ήταν η διαφορετική της «ράτσα». Η εν λόγω λέξη έχει τις ρίζες της στην αραβική διάλεκτο, και συγκεκριμένα στην λέξη *ras* που σημαίνει κεφάλι. Εφόσον οι Άραβες απαρτίζονταν από πολλές διαφορετικές φυλές και ζούσαν ως νομάδες, είχαν ορίσει ένα μοναδικό όνομα για την εκάστοτε φυλή. Έτσι, κάθε μέλος όφειλε να θυμάται το όνομα της φυλής του, με άλλα λόγια να το κρατά μέσα στο κεφάλι του, και με αυτόν τον τρόπο ένιωθε ιδιαίτερος και ο ίδιος και η φυλή συγκριτικά με τις υπόλοιπες (Ritsher, Otilingam & Grajales, 2003).

Επίσης, η λέξη αυτή αποτέλεσε και την ρίζα για τον όρο «ρατσισμός», που σημαίνει τον αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση, με βάση την φυλή, μικρών ομάδων από τα δικαιώματα και τα προνόμια που χαίρεται η κοινωνία στο σύνολο της (Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner & Dickson, 2002).

Η διαφορετικότητα ή αλλιώς η ετερότητα, όταν δηλαδή κάποιος είναι διαφορετικός από τους άλλους και υπάγεται σε μικρότερες πληθυσμιακές ομάδες, φαίνεται να αποτελεί το βασικότερο χαρακτηριστικό του κοινωνικού αποκλεισμού και του ρατσισμού. Η ετερότητα είναι σχεδόν άρρηκτα συνδεδεμένη με θέση αδυναμίας, υποβάλλοντας το άτομο σε μια κατάσταση ευπάθειας στο κοινωνικό πλαίσιο. Εν ολίγοις, ένας άνθρωπος μπορεί να μετατραπεί σε θύμα του κοινωνικού αποκλεισμού μόνο και μόνο επειδή είναι μέλος μιας ομάδας που έχει διαφορετικά γνωρίσματα, που συνήθως είναι κοινωνικά, φυλετικά, οικονομικά, επαγγελματικά, ή ακόμα κι επειδή βιώνει κάποια οργανική ή πνευματική ασθένεια (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

Στον τομέα της κοινωνιολογίας ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά μέσα στα κείμενα ορισμένων Γάλλων μελετητών στα μέσα της δεκαετίας του 1960. Στην πορεία, εμφανίστηκε και ως τίτλος συγγράμματος δύο φορές, η πρώτη ήταν το 1965 και η δεύτερη το 1974. Ύστερα από αυτά εδραίωσε την παρουσία του στο λεξιλόγιο της κοινωνιολογίας. Στην σύγχρονη εποχή, ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός», παρόλο που έχει μια κάπως πρόσφατη εννοιολογική κατασκευή, δεν περιγράφει κάτι καινούριο. Δημιουργήθηκε, όπως ήδη αναφέραμε, κοντά στο 1960, μια εποχή που τα φαινόμενα περιθωριοποίησης άρχισαν να ταλανίζουν κοινωνικούς ερευνητές, αλλά και απλούς ανθρώπους που ήταν, όμως,

ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι στον κομμάτι της αδικίας (Dovidio, Major & Crocker, 2000).

Ωστόσο, ο συγκεκριμένος όρος χρησιμοποιείται πλέον με λάθος τρόπο μέσω της υπαρξής διπλής του σημασίας, δηλαδή αφενός σημαίνει τον στιγματισμό, την περιθωριοποίηση και την φτώχεια κι αφετέρου αναφέρεται στα κοινωνικά και νομοθετικά μέτρα που στοχεύουν στην καταπολέμηση του. Οι αντιρρήσεις μας έγκεινται στην δεύτερη του σημασία, για την οποία θα πρέπει να βρεθεί μια διαφορετική έννοια (Khullar, Chue & Tibbo, 2001).

Έντονες είναι οι κοινωνικές και ψυχολογικές δράσεις και οι ενέργειες, ακόμα και νομοθετικές κινήσεις, που λαμβάνουν χώρα, κυρίως τα τελευταία δέκα χρόνια, και αποβλέπουν στην καταπολέμηση των παραγόντων και των συνεπειών του κοινωνικού αποκλεισμού. Ενώ, παράλληλα, στοχεύουν και στην αποκατάσταση χιλιάδων ανθρώπων που βιώνουν καθημερινά τα σκληρά αποτελέσματα της κοινωνικής αδικίας άνευ λόγου. Είναι αμέτρητοι οι άνθρωποι που υποφέρουν και είναι αναγκασμένοι να ζουν μια περιθωριακή κοινωνική ζωή λόγω αβάσιμου στιγματισμού (Σταθάρου, Παπαθανασίου, Γκούβα, Μασδράκης Μπερκ & Κοτρώτσιου, 2011).

Ως εκ τούτου, οι άνθρωποι που επιβιώνουν στο πλαίσιο του κοινωνικού αποκλεισμού καλούνται να αντιμετωπίσουν συνεχώς δυσκολίες και εμπόδια στην άσκηση των φυσικών τους δικαιωμάτων, ανάμεσα στα οποία είναι η ελευθερία και η αυτοπραγμάτωση. Η καταπάτηση των ατομικών τους δικαιωμάτων αποτελεί για αυτούς τους ανθρώπους μια πραγματικότητα και είναι αναγκασμένοι να ζουν στα όρια της εξαθλίωσης (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

Στις μέρες μας οι ομάδες των ατόμων που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση μπορούν να διαχωριστούν στις παρακάτω κατηγορίες:

- Άτομα με αναπηρία ή χρόνια παθολογικά προβλήματα,
- Άτομα με ψυχικές ασθένειες,
- Άνεργοι,
- Μετανάστες,
- Αποφυλακισμένοι,
- Άτομα με παραβατική συμπεριφορά,
- Πρώην χρήστες ουσιών,
- Θρησκευτικές ή πολιτισμικές μειονότητες,
- Κάτοικοι παραμεθωρίων περιοχών,
- Μονογονεϊκές οικογένειες,
- Άτομα με σεξουαλικές ιδιαιτερότητες,

- Θύματα βίας,
- Ηλικιωμένοι

(Σταθάρου, Παπαθανασίου, Γκούβα, Μασδράκης Μπερκ & Κοτρώτσιου, 2011).

### 3.3 Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού

Ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» δεν αποτελεί μια ξεκάθαρη και σαφή έννοια, καθώς έχουν αναπτυχθεί πολλές απόψεις, διαστάσεις και συζητήσεις για τις πτυχές αυτού του φαινομένου (Angermeyer, Matscinger & Corrigan, 2009).

Μια ορθή αλλά ευρύτερη ερμηνεία της σημασίας του όρου «κοινωνικός αποκλεισμός» είναι ότι με την χρήση του περιγράφει μία ή περισσότερες διαδικασίες που πραγματοποιούνται σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε μια συγκεκριμένη κοινωνία και επιφέρουν ως αποτέλεσμα την μεθοδική αδυναμία άσκησης κοινωνικών δικαιωμάτων ή την αδυναμία απόλαυσης κοινωνικών προνομίων ή την αδυναμία πρόσβασης στις κοινωνικές υπηρεσίες εξαιτίας ενός χαρακτηριστικού, που συναντάται στο εν λόγω άτομο, η ύπαρξη του οποίου πιθανόν τον ταξινομούν σε κάποια από τις κοινωνικές ομάδες, ενώ η απουσία του θα εμπόδιζε ενδεχομένως την παρουσία αυτού του τελικού αποτελέσματος ως κοινωνικό φαινόμενο (Gaertner, S., Rust, M., Dovidio, J., Bachman & Anastasio, 1996).

Ως κοινωνικός αποκλεισμός δεν ορίζεται μια μετρήσιμη κατάσταση, αλλά μια διαδικασία μαζί με τα αποτελέσματα που συνεπάγεται. Στην ουσία, εάν επιθυμούμε να κατανοήσουμε πλήρως και σε βάθος την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού θα πρέπει να γίνουν αντιληπτές οι σύνθετες διαβαθμίσεις, μέσα από τις οποίες τα άτομα ή ακόμα και οι ομάδες μιας συγκεκριμένης κοινωνίας βαθμιαία καταλήγουν εκτός των πλαισίων του κοινωνικού συνόλου. Τις συγκεκριμένες διαβαθμίσεις ή αλλιώς τα στάδια που αναγκάζεται να ακολουθήσει κάποιος και τον οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό θα παρουσιάσουμε και θα αναλύσουμε παρακάτω, στηριζόμενοι στον B. Mazel (Kingdon & Turkington, 2011).

Πρωταρχικό στάδιο αποτελεί ο βαθμός του κινδύνου. Η κατάσταση αυτή αναφέρεται σε ομάδες πληθυσμού των οποίων τα χαρακτηριστικά θεωρούνται κοινωνικά μειονεκτήματα και μπορεί να τους κάνουν ευάλωτους, κάποια από αυτά είναι η δύσκολη οικογενειακή ζωή ή οι κακές συνθήκες στέγασης (Madianos, Madianou, Vlachonikolis & Stefanis, 1987).

Στην ουσία, δεν είναι αυτά τα μειονεκτήματα που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό αλλά αποτελούν το έναυσμα ενός τυχαίου γεγονότος μέσα από το οποίο

θα φανερωθεί πόσο ευάλωτο είναι το άτομο στον φόβο του κοινωνικού αποκλεισμού (Rasmussen, Greenberg, Mindus, Friehs & Noren, 2000).

Ακολουθεί ο βαθμός της απειλής. Εδώ, αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, όπως εάν κάποιος εργαζόμενος χάσει την δουλειά του ως απόρροια βασικών μεταβολών στην οικονομία ή όταν μια γυναίκα θέλοντας και μη αναλαμβάνει τον ρόλο του «αρχηγού» μιας μονογονεϊκής οικογένειας μετά από διαζύγιο ή θάνατο του συζύγου. Οι παραπάνω περιπτώσεις δεν αποτελούν από μόνες τους περιπτώσεις κοινωνικού αποκλεισμού, όμως, μπορούν να κλονίσουν την σταθερότητα του ατόμου και να τον φέρουν πολύ κοντά σε αυτόν (Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner & Dickson, 2002).

Στην συνέχεια, είναι το στάδιο του βαθμού της αποσταθεροποίησης. Το κομμάτι αυτό σχετίζεται με τους τρόπους που θα διαχειριστούν τα άτομα την απειλή και πως θα ανταπεξέλθουν σε διάφορα σοβαρά και ανέλπιστα ζητήματα. Ορισμένοι παράγοντες που ενδεχομένως θα επηρεάσουν αυτούς τους τρόπους είναι η σχέση των ατόμων με την οικογένεια, την κοινωνία και την κοινότητα. Αυτοί οι δεσμοί πολλές φορές είναι ικανοί να καθυστερήσουν ή ακόμα και να εμποδίσουν την αποσταθεροποίηση. Στην περίπτωση που ωστόσο συμβεί η αποσταθεροποίηση, ειδικά αν έχει μεγάλη διάρκεια, τότε το άτομο αναπόφευκτα καταλήγει σε μια κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού (Economou, Richardson, Gramandani, Stalicas & Stefanis, 2009).

Στο τέταρτο στάδιο έχουμε το στάδιο της έκπτωσης. Η έκπτωση εμφανίζεται ως απόρροια της διάσπασης των κοινωνικών δεσμών και της δυσκολίας ή ακόμα και ανικανότητας δημιουργίας τους εκ νέου. Αυτή η αδυναμία προκύπτει από την συγκέντρωση πλήθους αρνητικών παραγόντων για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όταν η έκπτωση εξακολουθεί να υπάρχει και εν τέλει εδραιωθεί, τότε είναι σχεδόν σίγουρο ότι θα οδηγήσει σε πραγματικό κοινωνικό αποκλεισμό (Zartaloudi & Madianos, 2010).

Σαφώς, στο τελευταίο στάδιο έχουμε τον πραγματικό κοινωνικό αποκλεισμό. Στην κατάσταση αυτή έχει πλέον επέλθει πλήρης διάσπαση των κοινωνικών δεσμών, και όσων σχετίζονται με την εργασία, την οικογένεια και την διαμονή. Κύρια χαρακτηριστικά των ανθρώπων που έχουν φτάσει σε αυτό το σημείο είναι η απάθεια, η έλλειψη ενδιαφέροντος και η αδιαφορία για οποιοδήποτε εγχείρημα ή μορφή επανένταξης στην κοινωνία (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos & Livaditis, 2008).

Συμπληρωματικά και επικουρικά στα παραπάνω, σε αυτό το σημείο θα ορίσουμε και την έννοια του μέλους της κοινωνίας. Έτσι, μέλος μιας κοινωνίας θεωρείται όποιο

άτομο παίρνει μέρος στα τέσσερα συστήματα που ορίζουν και διαμορφώνουν την κοινωνική ζωή, τα οποία είναι τα εξής (Rasmussen, Greenberg, Mindus, Friehs & Noren, 2000):

- 1) Την αστική ενσωμάτωση που σημαίνει αναγνώριση της ιδιότητας του ως πολίτη σε μια δημοκρατική κοινωνία,
- 2) Την οικονομική ενσωμάτωση που συνεπάγεται πρόσβαση στην απασχόληση και ένταξη στο ευρύτερο οικονομικό γίγνεσθαι,
- 3) Την κοινωνική ενσωμάτωση που επιτρέπει και προάγει την πρόσβαση στην κρατική βοήθεια χωρίς στιγματισμό και περιθωριοποίηση και
- 4) Την διαπροσωπική ενσωμάτωση το να έχει δηλαδή κάποιος οικογένεια, φίλους, γείτονες και κοινωνικά δίκτυα (Seymour, Rhodes, Stein & Langdon, 2015).

Η απομάκρυνση των ατόμων και ομάδων από έναν ή περισσότερους από τους μηχανισμούς που μόλις παρουσιάσαμε μπορεί να θεωρηθεί κοινωνικός αποκλεισμός (Strengler-Wenzke, Muller, Angermeyer, Sabri & Hesse, 2004).

### **3.4 Τα χαρακτηριστικά και οι μορφές του κοινωνικού αποκλεισμού**

Ευρέως αποδεκτά ως κοινά χαρακτηριστικά των περιπτώσεων αποκλεισμού από το μεγαλύτερο μέρος των μελετητών είναι η έλλειψη δυνατότητας άσκησης των βασικών δικαιωμάτων του ατόμου δίχως βοήθεια λόγω των περιορισμών και των εμποδίων στην πρόσβαση σε κλάδους όπως η πληροφόρηση, η παιδεία, η επαγγελματική αποκατάσταση, η απασχόληση, η στέγαση, οι συλλογικές υπηρεσίες και η ιατρική περίθαλψη. Ένα επιπλέον κοινό γνώρισμα αυτών των ατόμων είναι η κακή εικόνα που συνήθως έχουν για τον εαυτό τους και η μειωμένη ικανότητα που θεωρούν πως έχουν για να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τις υποχρεώσεις τους (Strengler-Wenzke, Muller, Angermeyer, Sabri & Hesse, 2004).

Επίσης, η αδύναμη σχέση αυτών των ανθρώπων με τους βασικούς κοινωνικούς μηχανισμούς που παράγουν ή παρέχουν πόρους, όπως η αγορά εργασίας, η οικογένεια ή άλλα διαπροσωπικά δίκτυα, όπως το κράτος, είναι χαρακτηριστικά που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό. Ακολουθώντας, θα παρουσιάσουμε τέσσερις μορφές κοινωνικού αποκλεισμού που αρκετές φορές σε εννοιολογικό επίπεδο καλύπτουν η μία την άλλη (Οικονόμου, Γραμανδάνη & Λουκή, 2006).

1. Η μορφή του Οστρακισμού, δηλαδή η εξορία από μία δεδομένη ανθρώπινη κοινότητα,

2. Ο κοινωνικός αποκλεισμός μέσα στα όρια μιας δεδομένης κοινότητας που μπορεί να μετατραπεί και σε διαμάχη μεταξύ των ανθρώπων από διαφορετικές τάξεις,
3. Η απόρριψη του ατόμου από την ομάδα στην οποία συμμετείχε και δραστηριοποιούταν για ορισμένο χρονικό διάστημα και
4. Η παρενόχληση με την μορφή επίδειξης κοινωνικού αποκλεισμού (Πετρουλάκης, Σακελλαρόπουλος & Φαλάρας, 1990).

Αναφορικά με τις έννοιες που μόλις αναφέρθηκαν, η θεωρητική ανάλυση δεν είναι ακόμη ξεκάθαρη και αρκετή, έτσι ώστε να είμαστε σε θέση να ορίσουμε με σαφήνεια τα όρια για να γλυτώσουμε τις μεταξύ τους καλύψεις. Ωστόσο, μέσα από μια πιο γενική θεώρηση μπορούμε με σιγουριά να πούμε πως στην περίπτωση του οστρακισμού το άτομο αντιμετωπίζει πλήρη αποκλεισμό από την ομάδα έως και παντελή αγνόηση από την κοινότητα. Όταν κάνουμε λόγο για κοινωνικό αποκλεισμό εννοούμε την απομάκρυνση από ένα δεδομένο κοινωνικό δίκτυο, χωρίς όμως να θεωρείται απαραίτητη η αγνόηση του (Seymour, Rhodes, Stein&Langdon, 2015).

Η απόρριψη είθισται να γίνεται αισθητή είτε με φυσικές είτε με λεκτικές πράξεις, με την εκδήλωση των οποίων γίνεται κατανοητό ότι το άτομο δεν είναι ευπρόσδεκτο στην ομάδα. Τέλος, με τον όρο παρενόχληση αναφερόμαστε στην επιθετική συμπεριφορά είτε φυσική είτε λεκτική κατά του ατόμου που είναι προς αποκλεισμό (Videbech & Ravnkilde, 2004).

### **3.5 Αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού**

Στο σημείο αυτό θα παρουσιάσουμε και θα αναλύσουμε τους λόγους, τα βασικά αίτια που συνήθως οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό (Corrigan & Watson, 2002).

- Έλλειψη βασικών επαγγελματικών προσόντων ή δεξιοτήτων, εξαιτίας της ανεπαρκούς ένταξης ευάλωτων ομάδων στο εκπαιδευτικό σύστημα,
- Στέρηση ή μείωση φυσικών προσόντων, λόγω σωματικής, ψυχικής ή νοητικής μειονεξίας
- Εγκλεισμός σε σωφρονιστικά ιδρύματα, ψυχιατρικές κλινικές κ.ά.,
- Εξάρτηση από ουσίες,
- Κοινωνικός στιγματισμός, στερεότυπα και προκαταλήψεις που κυριαρχούν λόγω γενίκευσης περιστατικών και

- Έλλειψη ενημέρωσης ή άγνοια σχετικά με τους θεσμούς και τα μέτρα που μπορούν να δώσουν λύσεις στις δυσκολίες των ευάλωτων ομάδων (Joachim & Acorn, 2000).

Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα, συμπεραίνουμε ότι ως βασικά γνωρίσματα του κοινωνικού αποκλεισμού θεωρούνται ο πολυδιάστατος χαρακτήρας των αποστερήσεων σε διάφορους τομείς της ζωής, όπως η πρόσβαση σε κατάλληλες συνθήκες διαβίωσης, στην εκπαίδευση, στην απασχόληση, στη στέγαση, στις ιατρικές υπηρεσίες και την συγκέντρωση τους σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες και περιοχές. Απόρροια της συγκέντρωσης αυτής των αποστερήσεων όπως τις αναφέραμε είναι η παρουσία σημαντικού αριθμού ανθρώπων ή ομάδων που ζουν τις συνέπειες τους και εξαναγκάζονται να ζουν στο περιθώριο μιας ευρύτερης ευημερίας (Rasmussen, Greenberg, Mindus, Friehs & Noren, 2000).

### **3.6 Συνέπειες κοινωνικού αποκλεισμού για τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες**

Όσα άτομα επιβιώνουν με τις συνέπειες του αποκλεισμού καθημερινά καλούνται να ανταπεξέλθουν σε μια απαιτητική ζωή και να ξεπεράσουν εμπόδια στην άσκηση των φυσικών τους δικαιωμάτων. Η συνεχής στέρηση των ατομικών και ανθρώπινων δικαιωμάτων τους συντελεί για τους ίδιους μια αέναη τραυματική εμπειρία που έχει σοβαρό αντίκτυπο στην ψυχολογία τους, φθείροντας την, και ζουν κάτω από συνθήκες εξαθλίωσης (Angermeyer, Matscinger & Corrigan, 2009).

Οι σημαντικότερες από τις συνέπειες των περιπτώσεων κοινωνικού αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων είναι οι παρακάτω:

#### **❖ Η φτώχεια, η ένδεια**

Η μειωμένη εκπαίδευση, ή ακόμα και η έλλειψη της, που οδηγούν τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες σε ανεργία δημιουργεί την βάση και για ένα ακόμα πρόβλημα την φτώχεια, την ένδεια. Χωρίς πολλή σκέψη αντιλαμβανόμαστε ότι η απουσία απασχόλησης συνεπάγεται την στενότητα ή την απώλεια οικονομικών πόρων, η οποία με την σειρά της δεν επιτρέπει στο άτομο να ακολουθήσει το μέσο επίπεδο διαβίωσης και ποιότητας ζωής της κοινωνίας που ζουν, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις καταλήγουν σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας (King, Hodgekins, Chouinard, Chouinard & Sperandio, 2017).

Η φτώχεια και οι ευπαθείς ομάδες συχνά αναλώνονται σε ένα φαύλο κύκλο. Πιο αναλυτικά, οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποια αναπηρία οδηγούνται στην φτώχεια και από την άλλη όσοι καταλήγουν να ζουν σε συνθήκες ένδειας αποκτούν



στην πορεία κάποια αναπηρία που οφείλεται στον υποσιτισμό, την άθλια στέγαση, τα επικίνδυνα επαγγέλματα και την εκτεταμένη έκθεση στην βία. Επιπρόσθετα, τα εισοδήματα των ανθρώπων με ειδικές ανάγκες τείνουν να υφίστανται μείωση συνεχώς, λόγω της στέρησης εργασίας, της δυσκολίας πρόσβασης σε εισόδημα και σε αναγκαίες κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες (Strengler-Wenzke, Muller, Angermeyer, Sabri&Hesse, 2004).

#### ❖ Οι διακρίσεις

Η αφετηρία ενός φαύλου κύκλου που βιώνουν οι ευπαθείς ομάδες είναι η αβάσιμη περιφρονητική ψυχολογική διαδικασία την οποία επιδέχονται. Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις, οι κατηγοριοποιήσεις, οι συχνά λάθος κοινωνικές κατασκευές για τα γνωρίσματα της φυλής, του φύλου, της υγείας ή της ασθένειας εμποδίζει, και πολλές φορές, αποτρέπει τις ευπαθείς ομάδες να συντηρήσουν μια κόσμια θέση στην κοινωνική ζωή. Όπως είναι φυσικό και αναμενόμενο, το κάθε άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες ζωής αντιδράει και τις αντιμετωπίζει διαφορετικά. Συνεπώς, κάποιος που ζει κάτω από συνθήκες ασφάλειας, δημιουργεί θετική συμπεριφορά (Κανδύλης, Καπρίνης & Καπρίνης, 2006).

Ενώ από την άλλη, όσοι βιώνουν συνθήκες απαξίωσης είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν αρνητική συμπεριφορά, ενδεικτικά επιθετικότητα, εγκληματικότητα και παραβατικότητα. Σαφώς, τέτοιου είδους συμπεριφορές επιφέρουν ακόμα πιο αρνητικά αποτελέσματα ενισχύοντας την περιθωριοποίηση, την προκατάληψη και τον φόβο, δυσκολεύοντας επιπλέον την κατάσταση (Rauch, Savage, Alpert, Fischman & Jenike, 1997).

#### ❖ Η παραβατικότητα, η εγκληματικότητα

Όπως αναφέραμε και στην προηγούμενη παράγραφο, όταν κάποιος ζει στο περιθώριο και στα πλαίσια του κοινωνικού αποκλεισμού πιθανότατα να εκδηλώσει επιθετικότητα, παραβατικότητα και εγκληματικότητα. Υπό τις εξαντλητικές συνθήκες της καθημερινότητας τους, την αδιάκοπη στέρηση των δικαιωμάτων τους, την παράλογη καχυποψία και τον μόνιμο στιγματισμό το άτομο καταλήγει σε αυτό ακριβώς που φοβάται η υπόλοιπη κοινωνία ως αποτέλεσμα της συνεχούς απόρριψης και λόγω της συσσώρευσης θυμού (Gaertner, S., Rust, M., Dovidio, J., Bachman & Anastasio, 1996).

#### ❖ Οι ψυχολογικές συνέπειες

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες που οδηγούν τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες στον αποκλεισμό έχει βαριές και σημαντικές συνέπειες στην ψυχολογική τους κατάσταση. Ο ίδιος ο αποκλεισμός απομακρύνει αυτά τα άτομα από διάφορες ευκαιρίες μέσα από

τις οποίες θα μπορέσουν να προσφέρουν παραγωγικά στην κοινωνία κι έτσι έρχονται όλο και πιο κοντά στην ένδεια. Η υπέρμετρη οικονομική και συναισθηματική πίεση που υφίστανται έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία προβληματικών προσωπικών, οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και περιπτώσεις κοινωνικής απομόνωσης (Rasmussen, Greenberg, Mindus, Friehs & Noren, 2000).

Τα άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες κατακλύζονται συνεχώς από αρνητικά συναισθήματα, όπως ο φόβος, το άγχος, η ενοχή, η ντροπή και η πικρία, και όλα αυτά γιατί βιώνουν την πολυδιάσπαση της προσωπικότητάς τους και την αδικία από τους άλλους ανθρώπους. Επίσης εξαιρετικά συχνές είναι και οι περιπτώσεις ενδοοικογενειακών αντιπαραθέσεων αλλά και απομόνωσης. Πολλές φορές οι συμπεριφορές αυτές δεν είναι εκούσιες, αλλά μια άμυνα αυτών των ανθρώπων απέναντι στην πίεση και την απόρριψη που βιώνουν (Strengler-Wenzke, Muller, Angermeyer, Sabri & Hesse, 2004).

### **3.7 Η έννοια του «αποδιοπομπαίου τράγου»**

Αρχικά, καλό θα ήταν να εξηγήσουμε εν γένει την έννοια του αποδιοπομπαίου τράγου. Σε διάφορα βιβλία απεικονίζεται ως ένας τράγος που είναι φορτωμένος με τα κακά και τις αμαρτίες ενός λαού, κι έτσι φορτωμένος θυσιάζεται και διώχνεται στην έρημο. Είναι ήδη προφανής η στιγμή της εξατομίκευσης/προσωποποίησης των ενοχών των ανθρώπων και το πέρασμα τους σε κάτι που είναι ξέχωρο από τον εαυτό τους (Wang, Fick, Adair & Lai, 2007).

Λόγω αυτού προκύπτει και η επιλογή του τράγου, ο οποίος ενώ αφενός αντιπροσωπεύει μια αξία για τον λαό που τον θυσιάζει, αφετέρου έχει τον χαρακτήρα του «αντικειμένου» και της υλικότητας του ζώου. Αν αναλύσουμε τον συμβολικό του ρόλο βλέπουμε ότι ο τράγος αποτελεί το «αποϋπευθυνοποιητικό» εργαλείο ενός ολόκληρου λαού, το όπλο της εξουσίας, η οποία μέσω της διαλογής και της απομάκρυνσης διάφορων ομάδων, που θεωρεί ανεπιθύμητες, κατορθώνει να διατηρήσει την αξία των δικών της θέσεων (Angermeyer & Matschinger, 2005).

Τάξεις, κατηγορίες, φυλές, επιστημονικοί ορισμοί, τους ταξινόμησαν ως άλλους, χωρίς να αφήσουν χώρο για μια επαλήθευση και χωρίς να επιτρέψουν στους άλλους να αναρωτηθούν ποια ήταν, εκτός από το να είναι αντικείμενα καταπίεσης, η ταυτότητά τους. Όλα αυτά συμβαίνουν στα πλαίσια μια πραγματικότητας και μιας κοινωνίας στην οποία η αφθονία δεν είναι για όλους. Όταν μιλάμε για εξουσία μιλάμε για κατάσταση αφθονίας για λίγους και έλλειψη για πολλούς, γεγονός που σημαίνει

ότι στην μεριά των λίγων πρέπει να γίνουν διαχωρίσεις και να παρθούν αποφάσεις για αυτούς που θα αναλάβουν να υποβαστάζουν το φορτίο των δικών τους αντιφάσεων. Υποχρέωση που θα βαρύνει αυτούς που δεν θα έχουν στην διάθεση τους τα απαραίτητα οικονομικά ή πνευματικά μέσα να αντισταθούν σε αυτόν τον αλόγιστο διαχωρισμό (Wright, Gronfein & Owens, 2000).

Επιπλέον, οργανισμοί και ιδρύματα έχουν αναλάβει την ευθύνη να εξαλείψουν αυτές τις αντιστάσεις και κυρίως να τις κρύβουν πίσω από τις εκφάνσεις των δομών τους και πίσω από τις πόρτες των εγκαταστάσεων τους. Η πρόσοψη οφείλει να είναι καθαρή με σκοπό να διατηρεί μια ιδεολογία, η οποία έχει στηριχθεί στην πεποίθηση πως πρέπει να ξεχωρίζεται αυτό που είναι αποδεκτό, εμείς, από αυτό που δεν είναι, τους άλλους (Gaebel, Baumann, Witte & Zaeske, 2002).

Μέσα σε αυτό το πρίσμα οι υπεύθυνοι της κοινωνίας καταφέρνουν να εντάξουν τον αποκλεισμένο σε μια κατάσταση σκέψης πως όντως είναι διαφορετικός και πως είναι αναγκαίος και αναπόφευκτος ο αποκλεισμός του από την κοινωνία και ο εγκλεισμός σε κάποιο από τα εν λόγω ιδρύματα (Gaertner, S., Rust, M., Dovidio, J., Bachman & Anastasio, 1996).

### **3.8 Κοινωνικός αποκλεισμός και ψυχική ασθένεια**

Βασική αιτία του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών είναι ο στιγματισμός. Οι κυριότεροι κλάδοι που οι ψυχικά ασθενείς βιώνουν την περιθωριοποίηση είναι η εργασία, η ψυχαγωγία, η εκπαίδευση, η στέγαση, καθώς και η διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους, τα οποία τις περισσότερες φορές παραγκωνίζονται. Η καταπάτηση αυτών των δικαιωμάτων γίνεται φανερή μέσα από διάφορες εκφάνσεις της ζωής αυτών των ατόμων. Μέσα από προσωπική εξομολόγηση ψυχικά ασθενή έχει σημειωθεί πως τα δικαιώματά τους παραβιάζονται εξ αρχής από την νοσηλεία παρά την θέλησή τους. Στην πορεία αυτό γίνεται αντιληπτό και από τις συνθήκες νοσηλείας και εν τέλει από την απομάκρυνση τους από την αγορά εργασίας (Economou, Richardson, Gramandani, Stalicas & Stefanis, 2009).

### **3.9 Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια**

Από την απαρχή των όρων, ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχικά ασθενείς είναι έννοιες που δεν συμβαδίζουν, παρά το πλήθος περίτεχνων και κομψών ψυχιατρικών

διαβεβαιώσεων που προσπαθούν να μας πείσουν για το αντίθετο. Πιο συγκεκριμένα, ένας ψυχικά ασθενής δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιεί μαχαιροπήρουνα γιατί θεωρείται επικίνδυνο, ούτε δικό του ξυραφάκι για τον ίδιο λόγο. Δεν έχει το δικαίωμα να κρατά και να διαχειρίζεται τα χρήματα του, εάν έχει, πέρα από κάποια «ψιλά», τα υπόλοιπα τα έχει υπό ευθύνη του κάποιος νοσοκόμος ή κοινωνικός λειτουργός ή όποιον έχει ορίσει το κράτος ως υπεύθυνο. Δεν διαθέτει δική του ντουλάπα για τα προσωπικά του είδη, πολλές φορές δεν έχει καν αυτά οπότε προφανώς η χρήση της είναι περιττή (Zartaloudi & Madianos, 2010).

Μετά από αυτά τα δεδομένα πως μπορούμε να κάνουμε λόγο για στέρηση ανθρώπινων δικαιωμάτων; Με αυτές ακριβώς τις τεχνικές πραγματοποιείται η καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Αυτό ακριβώς είναι το Γκουλάγκ, η απόλυτη άρνηση κάθε ανθρώπινου δικαιώματος (στις μέρες μας ο όρος γκουλάγκ χρησιμοποιείται όπου γης ως συνώνυμο της φυλάκισης υπό απάνθρωπες ή αμφιλεγόμενες συνθήκες). Ως Γκουλάγκ μπορούμε να χαρακτηρίσουμε τα ψυχιατρεία, τις φυλακές, τα ορφανοτροφεία, τα γηροκομεία, τα στρατόπεδα συγκέντρωσης και οποιοδήποτε άλλο ίδρυμα που λειτουργεί ως εγκλειστήριο για αποδιοπομπαίους τράγους (Economou, Richardson, Gramandani, Stalicas&Stefanis, 2009).

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, είναι αναγκαίο ένας ψυχικά ασθενής να προστατεύεται νομικά από τις αυθαιρεσίες που γίνονται σε βάρος του. Βέβαια, αυτό δεν είναι εφικτό ούτε τυπικά ούτε ουσιαστικά. Τυπικά, διότι τα περιθώρια που αφήνει η υφιστάμενη νομοθεσία είναι υπερβολικά μικρά και ουσιαστικά, διότι από την πλευρά του ασθενή δεν γίνεται αντιληπτό ότι πράγματι στερείται τις δυνατότητες και τα μέσα να κάνει κάποια νομική κίνηση (Madianos, Economou, Hatzianeou, Parageorgiou&Rogakou, 1998).

Επίσης, για να γίνει αυτό θα πρέπει να αντιτεθεί και να αντιμετωπίσει τους φορείς της λογικής, δηλαδή την επιστήμη, που αντιπροσωπεύουν οι ψυχίατροι, και την κοινωνική ομαλότητα, που εκπροσωπείται από τους συγγενείς, και σε μια αντιπαράθεση τέτοιου είδους ο «τρελός» θα είναι πάντα ο χαμένος. Ωστόσο, σε θεωρητικό πλαίσιο από την μεριά των συγγενών είναι πιθανό να βρει ένα αποκούμπι, την κατανόηση και την βοήθεια που ψάχνει (Madianos, Priami, Alevisopoulos, Koukia&Rogakou, 2005).

### **3.10 Καταπάτηση δικαιωμάτων στην εργασία**

Στο σημείο αυτό ας δούμε συγκεκριμένα τα δικαιώματα που έχουν τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, αλλά και ποια εν τέλει καταπατούνται. Ένας από τους ασθενείς των ψυχιατρικών κλινικών έχει δηλώσει ότι η εργασία και η απασχόληση είναι ιδιαίτερες σημαντικές ως αξίες, όχι μόνο για καθαρά βιοποριστικούς λόγους, αλλά παροτρύνει το άτομο να ασχοληθεί με κάτι που του προσφέρει ενδιαφέρον και τον κάνει να νιώθει παραγωγικός και χρήσιμος. Οπότε, πολύ άδικο αυτά τα άτομα να στερούνται αυτήν την ευκαιρία, το δικαίωμα στην εργασία (Angermeyer, Matscinger&Corrigan, 2009).

Όμως, είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται πολύ συχνά στην σύγχρονη κοινωνία, καθώς κυριαρχεί η πεποίθηση ότι ο «τρελός» είναι επικίνδυνος που θα επιφέρει προβλήματα και θα προκαλέσει βλάβες στον εργασιακό χώρο. Επομένως, η πλειοψηφία των ψυχικά ασθενών, ή και πρώην, βρίσκει συνεχώς κλειστές πόρτες στην αναζήτηση εργασίας με αυτή την πρόφαση και κατ' επέκταση στερείται το δικαίωμα της εργασίας. Μια τέτοια κατάσταση επιδεινώνει σε μεγάλο βαθμό την ψυχική τους θέση, δεν τους επιτρέπει να κινητοποιηθούν, να αποκτήσουν ένα κίνητρο για να ξεφύγουν από τις συνθήκες που ζουν, νιώθουν ότι αυτός είναι ο προορισμός τους και δεν είναι ικανοί για τίποτα ουσιαστικό. Ορισμένοι ασθενείς έχουν χαρακτηριστικά αναφέρει πως νιώθουν παιδιά ενός κατώτερου Θεού (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos & Livaditis, 2008).

Από την άλλη, έχουμε και τις περιπτώσεις που τελικά δίνεται μια ευκαιρία τον ψυχικά πάσχοντα να εργαστεί, αλλά και εδώ υπάρχει ξεκάθαρη καταπάτηση των δικαιωμάτων του. Συνήθως αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τους «λογικούς» και «υγιείς» συναδέλφους του, αμείβεται διαφορετικά, χαμηλότερα φυσικά παρόλο που μπορεί να δουλεύει περισσότερο και σε δυσμενείς συνθήκες. Άλλος ένας ψυχικά νοσηλευόμενος έχει δηλώσει πως αναγκάζονται να δουλεύουν σαββατοκύριακα και αργίες χωρίς την αντίστοιχη αμοιβή, ασφάλιση ή άδειες. Ο ίδιος σε διάστημα οχτώ χρόνων που εργαζόταν είχε πάρει μόλις ένα μήνα άδεια συνολικά (Wright, Gronfein & Owens, 2000).

Ένα ακόμα παράπονο των ψυχικά πασχόντων είναι ότι αυτό που ζητούν δεν είναι ελεημοσύνη. Επίσης, τους ενοχλεί και τους δυσκολεύει στην εύρεση εργασίας ο διαχωρισμός μεταξύ AMEA και ψυχικά ασθενών, που κάνουν οι διάφορες υπηρεσίες και έχει ως αποτέλεσμα οι εργοδότες να προτιμούν να προσλάβουν κάποιον άνθρωπο με αναπηρία αντί κάποιον ψυχικά ασθενή. Στην επιλογή αυτή οδηγεί η άποψη των εργοδοτών ότι κάποιος που θεωρείται AMEA έχει μια σωματική ή κινητική αναπηρία και όχι νοητική ή ψυχική, αν κι εδώ ο όρος αναπηρία δεν είναι και πολύ σωστός, κι

έτσι πιστεύουν ότι θα έχουμε πιο ασφαλή συνθήκες και περισσότερα κέρδη (Larson & Corrigan, 2007).

### **3.11 Παράγοντες που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών**

Ένας από τους βασικότερους παράγοντες που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό και την καταπάτηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, αλλά και εν γένει ασκεί τεράστια επιρροή στην σύγχρονη κοινωνία, είναι τα Μ.Μ.Ε και ειδικά η τηλεόραση. Μέσα από αυτά δημιουργείται μια εικόνα πλαισίωσης του ψυχικά ασθενή ως «τρελού», «ανάπηρου» ή «επικίνδунου». Επίσης, καθοριστικό ρόλο στην όλη κατάσταση, όπως και σε πλήθος ζητημάτων, διαδραματίζει η έλλειψη ενημέρωσης, παιδείας και η παραπληροφόρηση, και η μη ευαισθητοποίηση γύρω από το συγκεκριμένο θέμα και την γενικότερη διαφορετικότητα (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

Επιπρόσθετα, συμβάλλουν αρνητικά οι αντιλήψεις και τα στερεότυπα που προάγει η Εκκλησία μέσω των ιερέων ως εκπροσώπων της. Ας δούμε, λοιπόν, αναλυτικότερα όσους παράγοντες οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά πασχόντων:

#### **✚ Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης**

Τα ΜΜΕ απαρτίζει έναν κοινωνικό θεσμό που ασκεί εξουσία και επιρροή, καθώς είναι βασικός διαχειριστής κοινών θεμάτων. Ενώ, παράλληλα είναι και πηγή γνώσεων, αντιλήψεων και στερεοτύπων αναφορικά με την πραγματικότητα και άτυπα έχουν οριστεί υπεύθυνα για να κρίνουν και να προβάλλουν τι είναι φυσιολογικό και αποδεκτό από μια κοινωνία και τι αποκλίνει (Πετρουλάκης, Σακελλαρόπουλος & Φαλάρας, 1990).

Στο πρίσμα όλων των κοινωνιών συνήθως τα ΜΜΕ δηλώνουν την συμπαράσταση τους στην κατεστημένη τάξη των πραγμάτων, διαμορφώνοντας την κοινωνική πραγματικότητα, με τέτοιον τρόπο ώστε να διευκολύνουν τις δράσεις αυτής της τάξης και να ενθαρρύνουν στάσεις αποδοχής και συμμόρφωσης (Papadopoulos, Leavey & Vincent, 2002). Αυτό διεκπεραιώνεται μέσα από την προαγωγή πολιτισμού, ιδεολογίας, καθώς και στερεοτύπων. Ο ρόλος των στερεοτύπων στα ΜΜΕ είναι να καθιστούν τους διάφορους κώδικες που χρησιμοποιούν γύρω από τις κοινωνικές ομάδες, τους ρόλους και τους θεσμούς ευκολότερα κατανοητούς και αντιληπτούς (Madianos, Priami, Alevisopoulos, Koukia & Rogakou, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, στο θέμα που μας απασχολεί, φροντίζουν να παρουσιάζουν μόνο τις αρνητικές και δύσκολες εκφάνσεις της ψυχικής ασθένειας δίνοντας υπερμεγέθη

έμφαση στην βιαιότητα και την επικινδυνότητα των ψυχικά πασχόντων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι συχνά επιλέγεται ο όρος του επικίνδυνου ψυχασθενή για να αναφερθούν και να περιγράψουν τον δράστη κάποιου στυγνού εγκλήματος, κάτι που χρησιμοποιείται ως άλλοθι, αλλά κανένας δεν στρέφει την προσοχή του στο εάν αυτός ο άνθρωπος έχει παρακολουθηθεί από γιατρό ή έχει λάβει κάποια φαρμακευτική αγωγή ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του (Strengler-Wenzke, Muller, Angermeyer, Sabri & Hesse, 2004).

Ακόμα και μέσα από την προβολή ταινιών ή άλλων στοιχείων μυθοπλασίας τα χαρακτηριστικά που προσδίδονται στον ψυχικά ασθενή είναι συγκεκριμένα και εστιάζουν σε σημεία και συμπεριφορές εκτός των ορίων που έχει θέσει η κοινωνία του φυσιολογικού και αποδεκτού. Με τον τρόπο αυτό, παγιώνεται η προκατάληψη και οι ο φόβος απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, παρόλο που αυτοί είναι συνήθως τα θύματα βίαιων συμπεριφορών, είτε σωματικών είτε λεκτικών, και αποστερούνται των βασικών τους δικαιωμάτων (Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner & Dickson, 2002).

#### Εκπαίδευση

Δεν θα ήταν δίκαιο να ισχυριστούμε ότι η εκπαίδευση είναι υπεύθυνη για την δημιουργία ανισοτήτων, αλλά σίγουρα τις αναπαράγει. Η σχολική εκπαίδευση αποτελεί βασικό παράγοντα στην διαμόρφωση του φάσματος του κοινωνικού αποκλεισμού. Πολλές φορές μια ψυχική ασθένεια μπορεί να έχει τις ρίζες σε μια σχολική αποτυχία που είχε ο ασθενής ως παιδί. Βέβαια, μια σχολική αποτυχία είναι αποτέλεσμα διάφορων παραγόντων, όπως η απόρριψη των μαθητών με ψυχική ασθένεια σε Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, αλλά και η εγκατάλειψη του σχολείου είναι σοβαρό θέμα (Pergola, Selvaggi, Trizio, Bertolino & Blasi, 2015). Όλα αυτά τα στοιχεία συντελούν στην αποτροπή του ψυχικά πάσχοντα να εργαστεί, καθώς δεν έχει κατορθώσει να ολοκληρώσει την υποχρεωτική και απαραίτητη εννιάχρονη φοίτηση στο σχολείο. Συνεπώς, έχουμε από την μία την σχολική αποτυχία με την μορφή εγκατάλειψης του σχολικού περιβάλλοντος πριν από το υποχρεωτικό όριο που καταλήγει σε αποκλεισμό του ψυχικά ασθενή από την αγορά εργασίας και από την άλλη έχουμε όσους είναι ήδη αποκλεισμένοι εξαιτίας της διαφορετικότητάς τους, δηλαδή της ασθένειάς τους, και βιώνουν σχολικές αποτυχίες με αποτέλεσμα να εγκαταλείπουν την εκπαίδευση, κι ακόμα να ολοκληρώσουν την υποχρεωτική φοίτηση δεν συνεχίζουν παραπέρα. Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος (Papadopoulos, Leavey & Vincent, 2002).

Επιπλέον, σημαντικός παράγοντας στην διαμόρφωση αυτού του φαύλου κύκλου σχετικά με τον κοινωνικό αποκλεισμό και την εκπαίδευση είναι η επιρροή που ασκούν οι γονείς στα παιδιά τους κατά την διάρκεια των μαθητικών ή φοιτητικών χρόνων, παίρνοντας τους την νοοτροπία πως οτιδήποτε διαφορετικό θεωρείται μη φυσιολογικό και πρέπει να στιγματίζεται. Με τον τρόπο αυτόν και όσα αναφέρθηκαν, μέσα από τον σχολείο, που αποτελεί τον βασικότερο θεσμό κοινωνικοποίησης, εξαπλώνεται και ενισχύεται ο στιγματισμός των ατόμων που υποφέρουν από κάποια ψυχική ασθένεια και κατά συνέπεια βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό από τον σχολικό χώρο και σε όλα τα στάδια της ζωής τους (Οικονόμου, Γραμανδάνη & Λουκή, 2006).

Όταν ένας ασθενής ρωτήθηκε από πού θεωρεί, κατά την προσωπική του άποψη, ότι πηγάζει ο κοινωνικός αποκλεισμός, αποκρίθηκε: «Καταρχάς, από τα σχολεία και την εκπαίδευση. Το στίγμα ξεκινάει από τους μεγάλους και αυτοί οι μεταδίδουν στα παιδιά τους. Έτσι, ο αποκλεισμός έρχεται από συμμαθητές ή συμφοιτητές». Η απάντηση αυτή ενισχύει την παραπάνω θεώρησή μας (Corrigan & Watson, 2002).

#### ✚ Έλλειψη ενημέρωσης

Εξίσου σημαντικός παράγοντας στην διαίωνιση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες. Το μεγαλύτερο στίγμα, αποδεδειγμένα, φέρει η σχιζοφρένεια εξαιτίας, αρχικά, της ονομασίας της, που προιδαάζει κάποιον και τον τρομάζει και κατά δεύτερον της φύσης των συμπτωμάτων συγκριτικά με άλλες διαταραχές που ίσως είναι πιο ήπια, όπως αυτά της κατάθλιψης για παράδειγμα, που τρομάζουν πολύ λιγότερο τους «υγιείς» ανθρώπους (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff & Locke, 1977).

Στην συγκεκριμένη περίπτωση ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την κουλτούρα και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο υφίσταται. Οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν πολύπλοκα πολιτικοκοινωνικά, υγειονομικά προβλήματα που χρήζουν διεπιστημονικής προσέγγισης και συνεργασίας για να αντιμετωπιστούν. Επομένως, ένας καίριος παράγοντας που οδηγεί στο μαρκάρισμα και εν τέλει στον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά διαταραγμένων είναι η άγνοια της κοινής γνώμης αναφορικά με πολυδιάστατα ζητήματα γύρω από την ψυχική υγεία, όπως είναι η περιπλοκότητα μιας ψυχικής ασθένειας (Tibbo & Warneke, 1999).

Είναι κοινό χαρακτηριστικό, από τα πολύ παλιά κιόλας χρόνια, οτιδήποτε δεν γνωρίζουν και το θεωρούν ξένο προς αυτούς να το φοβούνται. Δημιουργούν μια εικόνα για τον ασθενή δίνοντας του συμπεριφορές που θεωρούνται επικίνδυνες και



καταστροφικές αφενός για τον ίδιο κι αφετέρου για τον κοινωνικό σύνολο, έχοντας την πεποίθηση του επικίνδυνου σχιζοφρενή που είναι ικανός να σκοτώσει και προκαλέσει κακό χωρίς κανένα λόγο και αιτία(Μουζιάς, Αγγελόπουλος & Λιάκος, 2008).

#### ✚ Η Εκκλησία

Τέλος, η Εκκλησία ενθαρρύνει και αυτή από την σκοπιά της τα φαινόμενα του κοινωνικού αποκλεισμού απέναντι σε άτομα που υποφέρουν από κάποια ψυχική νόσο. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι οι αντιλήψεις που κυριαρχούν στους χώρους της εκκλησίας γύρω από την ψυχική ασθένεια και τις ρίζες της. Η βασική άποψη που προβάλλει η εκκλησία είναι πως ο ψυχικά άρρωστος είναι δαιμονισμένος και τον έχουν καταβάλει κακά πνεύματα (Fioravanti, Bianchi&Cinti, 2012).

Με βάση αυτό ο εν λόγω άνθρωπος εξαιρείται από το θεραπευτικό σύστημα, καθώς η μοναδική αντιμετώπιση της ασθένειας του, που βέβαια δεν κρίνεται ως ασθένεια από τους ιερείς και όσους συναναστρέφονται με την εκκλησία αλλά ως δαιμονοληψία, είναι η ίδια η εκκλησία και τις δικές της μεθόδους, δηλαδή ο εξορκισμός, ο αγιασμός κι ο εγκλεισμός σε μοναστήρι (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos & Livaditis, 2008).

Τα τελευταία χρόνια έχει κάνει την εμφάνιση της η Ποιμαντική, η οποία πρεσβεύει και επιδιώκει την συνεργασία της εκκλησία με αρμόδιους επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση και θεραπεία τέτοιων περαστικών όπως η σχιζοφρένεια. Στην πραγματικότητα, όμως, τα αποτελέσματα δεν είναι τα επιθυμητά. Αυτό συμβαίνει διότι ο ρόλος του Ιερέα – Ψυχιάτρου είναι αντιφατικός και είναι πάρα πολύ λίγοι οι άνθρωποι της εκκλησίας που πραγματικά παραπέμπουν αυτά τα περιστατικά σε ειδικούς (Ασημόπουλος, 2009).

### **3.12 Καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών**

Όπως όλοι θα έχουμε προσέξει τα προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν μια σταθερά αυξητική τάση και σημαίνουν ολοένα και περισσότερα. Αυτό συμβαίνει γιατί από την μία έχουμε μία συνεχόμενη και ταχεία αύξηση τέτοιων περιστατικών, κι από την άλλη τέτοιου είδους περιπτώσεις επιφέρουν κι ένα μεγάλο φορτίο, κυρίως συναισθηματικό, αλλά και οικονομικό και κοινωνικό, όχι μόνο στον ίδιο τον πάσχοντα, αλλά και στους οικείους του και την ευρύτερη κοινωνία (Αγγελόπουλος, 2009).

Έχουμε ήδη αναφέρει πως ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί μια δυναμική διαδικασία και ένα πολύπλοκο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από σχετικότητα. Ως εκ τούτου, εάν θέλουμε να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά αυτά τα περιστατικά και να ελευθερώσουμε το κοινωνικό σύνολο από τα βαθιά ριζωμένα στερεότυπα και προκαταλήψεις για την μειονεκτική θέση των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, είναι απαραίτητη η συγκρότηση ενός κράτους πρόνοιας, το οποίο θα είναι ικανό να διαμορφώσει κατάλληλα προγράμματα και υπηρεσίες με στόχο την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού. Για παράδειγμα, μια τέτοια συλλογική και οργανωμένη προσπάθεια είναι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (Οικονόμου, Γραμανδάνη & Λουκή, 2006).

### **3.13 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση**

Όταν χρησιμοποιούμε τον όρο Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν εννοούμε κάποια μεσολάβηση εξιδανίκευσης του ασύλου, δηλαδή ‘σουλούπωμα’ των πιο υπερβολικών πτυχών του κλάδου, όπου το ιδρυματικό μοντέλο θα εξακολουθεί να κυριαρχεί. Ακόμα, δεν μπορεί να συμβεί κατάργηση του ίδιου του ασύλου και εγκατάλειψη των ασθενών στις δυνάμεις τους, εξαιτίας της δημοσιονομικής πολιτικής που στοχεύει στον περιορισμό των εξόδων δομών, που θα οδηγήσει πολλούς ασθενείς στον δρόμο (Μοσχοβάκης, 2012).

Επίσης, με την εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης δεν εννοούμε την συγκρότηση και λειτουργία δομών όπως τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή διάφορες ψυχιατρικές πτέρυγες σε δημόσια νοσοκομεία, που λειτουργούν επιλεκτικά, διαλέγοντας τα περιστατικά που θα αναλάβουν και έχουν ιδρυματικό χαρακτήρα. Η νοοτροπία της λειτουργίας τους θα έχει στηριχθεί στην ιδεολογική βάση της δημιουργίας του ασύλου και στην επιλογή των ασθενών (Πετρουλάκης, Σακελλαρόπουλος & Φαλάρας, 1990).

Όταν χρησιμοποιούμε τον όρο Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση κάνουμε λόγο για ξεπέραςμα του ασύλου και αντικατάσταση αυτού από ένα σύνολο κοινοτικών δομών, που θα μπορεί να ικανοποιεί οποιοδήποτε ψυχιατρικό αίτημα, αντίθετα με την υφιστάμενη απλοϊκή αντιμετώπιση των ασύλων. Επιπλέον, τέτοιου είδους κοινοτικές δομές θα διακόψουν την λειτουργία των ασύλων και θα φροντίσουν να εξαλειφθούν οι προϋποθέσεις που προστάζουν την επιστροφή ενός ασθενή στο άσυλο. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό στοιχείο είναι πως στοχεύει στην συγκρότηση ενός ανοιχτού

κοινοτικού συστήματος που θα μεριμνά για την διαχείριση του προβλήματος γνωστό ως «πρόβλημα της επικινδυνότητας» των ψυχικά ασθενών (Corrigan&Watson, 2002).

#### **Κεφάλαιο 4. Μελέτη περίπτωσης. Η αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού σε ψυχικά ασθενείς**

##### **4.1 Κατάργηση της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας**

Κάθε φορά που ένας ασθενής κάνει εισαγωγή σε νοσοκομείο ονομάζεται νοσηλεία και έχουμε την εθελοντική και την ακούσια νοσηλεία. Ως εθελοντική ορίζεται όταν ο ασθενής επιθυμεί ο ίδιος την νοσηλεία του και διατηρεί το δικαίωμα να πάρει εξιτήριο όποτε το θελήσει (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos & Livaditis, 2008).

Η ακούσια νοσηλεία αναφέρεται σε ασθενής που βρίσκονται σε σοβαρή κατάσταση και κρίνεται απαραίτητη η διαμονή τους στο νοσοκομείο είτε χωρίς την θέληση τους είτε για περισσότερο χρονικό διάστημα από όσο θα ήθελαν. Οι παράμετροι που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον σε ακούσια νοσηλεία είναι δύο, κάποιες ιατρικές γνωματεύσεις που επιτάσσουν την νοσηλεία του και σε περίπτωση που υπάρχει δικαστική απόφαση όταν ο ασθενής έχει προκαλέσει κάποια εγκληματική πράξη. Φυσικά, υπάρχει και το αντίστοιχο νομικό πλαίσιο σχετικά με την ακούσια νοσηλεία ώστε να αποφεύγονται οι αυθαιρεσίες (Πετρουλάκης, Σακελλαρόπουλος & Φαλάρας, 1990).

Έτσι, οι προϋποθέσεις που καταλήγουν σε ακούσια νοσηλεία με βάση την παράγραφο 2 του άρθρου 95 είναι οι εξής:

- Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή,
- Να μην είναι ικανός να κρίνει προς το συμφέρον της υγείας του,
- Η έλλειψη νοσηλείας του να έχει ως συνέπεια να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση του,
- Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για την αποτροπή πράξεων βίας κατά του ίδιου ή άλλων (Schultze & Angermeyer, 2003).

Επιπρόσθετα, έχουν σημειωθεί περιστατικά ακούσιας νοσηλείας που δεν ανταποκρίνονται στις παραπάνω παραμέτρους, όπως τοξικομανείς, αλκοολικοί και διαταραχές συμπεριφοράς. Επίσης, από περιοχή σε περιοχή και από εποχή σε εποχή

έχουν σημειωθεί διαφορές στην διαδικασία και τα περιστατικά ακούσιας νοσηλείας (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

Στο σημείο αυτό θα δούμε και θα αναλύσουμε την διαδικασία εισαγωγής ενός ψυχικά ασθενή στο ψυχιατρείο. Ο ασθενής που πρόκειται να νοσηλευτεί οδηγείται απογυμνωμένος από οποιοδήποτε δικαίωμα και δυνατότητα υπεράσπισης της ύπαρξης του στον ψυχίατρο/ανακριτή. Ο ψυχίατρος με την σειρά του εκθέτει ένα πλήθος ερωτήσεων στον «ενδιαφερόμενο» που σχετίζονται με την συμπεριφορά, τις ιδέες και τις σχέσεις του. Σκοπός αυτών των ερωτήσεων είναι μια πρώτη διάγνωση/μάρκα (Υφαντής, 2012).

Από την πρώτη στιγμή που ο ασθενής διαβαίνει την είσοδο του ψυχιατρείου το μαρκάρισμα του γίνεται επίσημο. Από το σημείο αυτό κι έπειτα, ακόμη κι όταν βγει από το ψυχιατρείο, η συμπεριφορά των «υγειών» απέναντί του δεν θα είναι η ίδια, θα περιλαμβάνει από απλή περιφρόνηση μέχρι την κοροϊδία και τον διασυρμό. Ο «σημαδεμένος» πια ενώ έχει πολλές ελπίδες να βγει από το ψυχιατρείο και να ξεφύγει από το περιβάλλον του εγκλεισμού, δεν έχει σχεδόν καμία ελπίδα να ξεφύγει από αυτό το στίγμα που θα του αφήσει η νοσηλεία του (Τσιάκαλος, 1998).

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων εγκλεισμού σε ψυχιατρείο οι ασθενείς εισάγονται παρά την θέληση τους. Αυτό σημαίνει ότι τις περισσότερες φορές γίνεται μέσω κάποιας πράξης βίας ή απάτης ή βίας και απάτης. Στις περιπτώσεις που αυτή η πράξη βίας πραγματοποιείται μετά από δικαστική απόφαση είναι νόμιμη, χωρίς αυτό αυτόματα να την καθιστά και ηθική. Όταν πραγματοποιείται ύστερα από παρότρυνση των συγγενών και με ιατρική εντολή, δηλαδή μία γνωμάτευση από δύο ψυχιάτρους ή ένα ψυχίατρο κι ένα παθολόγο, δεν είναι πάντα νομότυπη, αλλά σχεδόν πάντα είναι ηθικά έκθετη (Papadopoulos, Leavey & Vincent, 2002).

Όπως και να έχει, σε καμία από αυτές τις περιπτώσεις υποκείμενο της βίαιης πράξης δεν είναι η δικαστική αρχή, ο ψυχίατρος ή ο συγγενής, αλλά ο ίδιος ο ψυχικά ασθενής. Όπως έχει αναφέρει ασθενής από προσωπική εμπειρία «η παρουσία της αστυνομίας, συνδέει τον ψυχικά ασθενή με παραβατικές συμπεριφορές, σκεφτείτε έναν άνθρωπο με προβλήματα ψυχικής υγείας δεμένο με χειροπέδες ο οποίος γίνεται θέαμα κατά την διακομιδή του στην ψυχιατρική κλινική και ταυτίζεται στα μάτι των θεατών με έναν κοινό εγκληματία» (Rasmussen, Greenberg, Mindus, Friehs & Noren, 2000).

Στην συνέχεια, ο αρμόδιος συγγενής υπογράφει μια υπεύθυνη δήλωση με την οποία παραδίνεται ο ασθενής, άοπλος στην διάθεση των υπεύθυνων του ψυχιατρικού ιδρύματος. Ο συγγενής βάζοντας την υπογραφή του σε αυτή την υπεύθυνη δήλωση

στην ουσία δίνει το ελεύθερο στο προσωπικό της κλινικής να εφαρμόσει πάνω στο κορμί και στο μυαλό του ασθενή οποιαδήποτε θεραπευτική μέθοδο, εκτός από κάποια χειρουργική παρέμβαση που χρειάζεται ειδική άδεια (Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner & Dickson, 2002).

Η διαδικασία του εγκλεισμού αποτελεί μια ιδιόρρυθμη κατάσταση, που δεν πρόκειται ούτε για νοσηλεία, ούτε για φυλάκιση. Νοσηλεία δεν θεωρείται διότι δεν πραγματοποιείται στα πλαίσια μιας αντικειμενικά καθορισμένης αρρώστιας και δεν παρέχεται ύστερα από την θέληση του ίδιου του ασθενή. Φυλάκιση δεν θεωρείται διότι δεν οφείλεται σε κάποιο ποινικό αδίκημα, μια αξιόποινή πράξη και δεν συνιστά μια ποινή με προκαθορισμένη διάρκεια. Η διάρκεια του εγκλεισμού κυμαίνεται από μία εβδομάδα, ένα μήνα, ένα χρόνο ή και παραπάνω, αυτό είναι στην ευχέρεια του εκάστοτε θεραπευτή να το κρίνει (Rasmussen, Greenberg, Mindus, Friehs & Noren, 2000).

Κανένας θεϊκός ή ανθρώπινος νόμος δεν μεσολαβεί μετριαστικά και προσδιοριστικά στην ξέφραγη δράση της ψυχιατρικής εξουσίας πάνω στον ασθενή. Οπότε, ο εγκλεισμός αποτελεί μια τυπική νομιμοποιημένη διαδικασία που δεν μπορεί να οριστεί με νομική ορολογία. Μπορούμε να πούμε πως είναι μια συνεχής εκδίκηση της κυρίαρχης λογικής απέναντι στην μη λογική και στην απόρριψη του λόγου της. Είναι η επιβεβαίωση της υγείας μιας άρρωστης κοινωνίας που συνεχίζει την εξάπλωση της αρρώστιας και τις αυταπάτες της (Lee, Albright & Malloy, 2001).

Σύμφωνα με όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι το ψυχιατρείο έχει απόλυτο σκοπό να θεραπεύει. Η ιδιότητα της θεραπείας είναι η βιτρίνα, ο κοινωνικός λόγος ύπαρξης του. Στην ουσία αποτελεί έναν οργανισμό που συγκεντρώνει τους ανθρώπους με συγκεκριμένα ενοχλητικά προβλήματα ή κάποια διαφορετικά στοιχεία. Στην πραγματικότητα, το άσυλο διαμορφώνει ένα κόσμο αποκομμένο όπου θα μαζεύεται η τρέλα κι έξω από αυτόν θα κυριαρχεί η λογική και ο ορθολογισμός, στον κανονικό κόσμο. Μέσα στα όρια του ασύλου η συμπεριφορά του ασθενή είναι ήδη ερμηνευμένη και καταγεγραμμένη με όρους της παθολογίας (Angermeyer, Schutze, Dietrich, 2003).

Οι παρατηρήσεις των γιατρών και των νοσοκόμων λειτουργούν σαν ένα φίλτρο από το οποίο δεν εισχωρεί τίποτα άλλο εκτός από τα στοιχεία αυτής της συμπεριφοράς των ασθενών που μπορούν να ειπωθούν ως συμπτώματα. Επομένως, εκείνος που στοχοποιούν, προσπαθούν να στριμώξουν και να τον εντάξουν στους παθολογικούς είναι ακριβώς εκείνος που η ασθένεια του δεν είναι ιδιαίτερα εμφανής (Wang, Fick, Adair & Lai, 2007).

## 4.2 Συνθήκες νοσηλείας

Μία σημαντική αναφορά για την ζωή των ασθενών σε ψυχιατρική κλινική είναι τα λόγια του ψυχιάτρου Franco Basaglia, από τον οποίο ειπώθηκε: «από την στιγμή που ένας έγκλειστος, ή πρώην έγκλειστος, δεν έχει ρούχα δεν έχει σπίτι, δεν έχει εισόδημα, μιλάει για τα προβλήματα όλων: για το πρόβλημα των ρούχων, του σπιτιού, του εισοδήματος, που κανένας δεν έχει. Τότε, αυτή η πέτρα που πετάχτηκε για να καταγγείλει αυτές τις ελλείψεις στην κατάσταση του ιδρύματος, στην πραγματικότητα αποκαλύπτει τα κακώς κείμενα της κοινωνίας» (Tienari, Wynne, Moring, Lahti, Naarala&Sorri, 1994).



*Εικόνα 19. Ο ψυχίατρος Franco Basaglia*

Σε αυτή την ενότητα της εργασίας μας θα γίνει μια παρουσίαση των συνθηκών νοσηλείας στα διάφορα ψυχιατρικά ιδρύματα και μέσα από αυτές θα επιβεβαιωθεί πως αυτή η κατάσταση πρόκειται για σαφή καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων όσων υποφέρουν από ψυχικές ασθένειες (Strengler-Wenzke, Muller, Angermeyer, Sabri&Hesse, 2004).

Πρώτα από όλα, όμως, καλό θα ήταν να αποσαφηνίσουμε την έννοια της βίας στον χώρο της ψυχιατρικής. Έτσι, σύμφωνα με τον David Cooper, «με την έννοια βία στην ψυχιατρική, εννοούμε την βία εκείνη που εκδηλώνεται εκτυφλωτικά, που διαλαλεί το όνομα της με τόση δύναμη ώστε σπάνια ακούγεται, για την ύπουλη, τη διεστραμμένη βία που άλλοι άνθρωποι, οι «υγιείς τω πνεύματι», ασκούν πάνω σε αυτούς που τους έχει δοθεί η ετικέτα του «τρελού». Στο βαθμό που η ψυχιατρική αντιπροσωπεύει τα συμφέροντα ή τα δήθεν συμφέροντα των υγείων, διαπιστώνουμε ότι, στην

πραγματικότητα, η βία στην ψυχιατρική είναι πάνω από όλα η βία της ίδιας της ψυχιατρικής» (Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner & Dickson, 2002). Στην πραγματικότητα, η λειτουργία της ψυχιατρικής είναι να διευκολύνει την συμμόρφωση στους άκαμπτους και στερεότυπους κανόνες αυτών που συγκροτούν την εξουσία. Όταν κάνουμε χρήση του όρου βία στην ψυχιατρική μιλάμε για τον ακρωτηριασμό του ασθενή σε διάφορους τομείς. Με τον όρο ακρωτηριασμός δεν εννοούμε πλέον τον καθαρά σωματικό, δηλαδή τις χειρουργικές επεμβάσεις ή το ηλεκτροσόκ, τεχνικές που δεν χρησιμοποιούνται πια, αλλά κυρίως τον πνευματικό ακρωτηριασμό του ασθενή, αφού εξαλείφεται η ατομικότητα και η προσωπικότητα του από όλους όσους συναναστρέφεται από τους θεραπευτές τους μέχρι ολόκληρη την κοινωνία (Swartz & Swanson, 2000).

Μια άλλη άποψη υποστηρίζει πως η βία και ο αποκλεισμός είναι η βάση πάνω στην οποία στηρίζεται οποιαδήποτε σχέση στην σημερινή κοινωνία μας. Η κοινωνία επεκτείνει την κατοχή της εξουσίας προς τους ειδικούς, οι οποίοι θα την διευθύνουν εν ονόματι της και θα εξακολουθούν να εφευρίσκουν νέους τρόπους εφαρμογής βίας και καινούρια θύματα προς αποκλεισμό. Αυτή είναι η βία των ειδικών (Lee, Albright & Malloy, 2001).

#### **4.3 Η περίπτωση του ψυχιατρείου της Λέρου**

Έχει διατυπωθεί η σκέψη ότι λόγος δημιουργίας των ψυχιατρικών κλινικών είναι το να καταστήσει διαχειρίσιμες τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι λειτουργούν ως ολότητες μέσα στα όρια αυτών και εποπτεύονται από προσωπικό που βασικό τους καθήκον είναι η παρακολούθηση τους μέσα σε αυτή την προκαθορισμένη περιοχή. Ενδεικτικά, ένα ψυχιατρείο τέτοιας λειτουργίας είναι αυτό της Λέρου, που ιδρύθηκε το 1957 και ονομάστηκε Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου και μετατράπηκε σε σύμβολο της ιδρυματικής ψυχιατρικής (Φραγκιαδάκη, 2011).



*Εικόνα 20. Ψυχιατρείο Λέρου*

Στην ουσία, αποτελεί μια ψυχιατρική κλινική που κατά την περίοδο λειτουργίας έχει συγκεντρώσει πολλά σοβαρά περιστατικά είτε με την έννοια της οικογενειακής – κοινωνικής απόρριψης είτε περιστατικά κλινικής φύσεως με την κλασική έννοια της ψυχιατρικής ως θεραπευτική εγκατάλειψη. Απλοί άνθρωποι χωρίς καμία μόρφωση επί του θέματος, ανάμεσα τους αγρότες και ψαράδες, πήραν τον ρόλο του επόπτη και του φροντιστή των εγκλειστών, δίχως να έχουν ιδέα τι σημαίνει ψυχική ασθένεια ή ψυχικά ασθενής. Για μεγάλο χρονικό διάστημα στο νησί υπήρχαν ένας ή δύο ψυχίατροι χωρίς κάποιο θεραπευτικό πλάνο και ως εκ τούτου προσωπικό και ασθενείς βυθίζονταν όλο και περισσότερο στον χώρο του ασύλου, με αποτέλεσμα να επεκτείνεται ο εγκλεισμός τους (Λαζάρου & Κοτζαμπασάκη, 2017).

Όλα αυτά τα στοιχεία και πολλά άλλα τα έχουμε συγκεντρώσει από μαρτυρίες ανθρώπων που έζησαν και εργάστηκαν στο νησί, ενώ κάποιοι πάλεψαν για την αποασυλοποίηση στην Λέρο. Οι άνθρωποι αυτοί έχουν δηλώσει πως οι ασθενείς κυκλοφορούσαν γυμνοί ή αν φόραγαν ρούχα ήταν ελάχιστα και βρώμικα, τα φαγητά μοιράζονταν σε ταιγιά σε θαλάμους των 100 ατόμων και όποιος προλάβαινε έτρωγε και όσο προλάβαινε (Πετρουλάκης, Σακελλαρόπουλος & Φαλάρας, 1990).

Έτσι πολλοί πέθαιναν είτε από πνιγμό είτε από ασιτία, καθώς συχνά το προσωπικό δεν τους μοίραζε όλη την ποσότητα του φαγητού γιατί προτιμούσαν να ταΐσουν τα σκυλιά του. Το νερό που κατανάλωναν οι ασθενείς ήταν υφάλμυρο, αφού το προσωπικό δεν έμπαιναν καν στον κόπο να τους δώσει την εντολή να γεμίσουν μερικά μπιτόνια από τα βυτία για να μπορούν να πίνουν κανονικό/πόσιμο νερό. Ο τρόπος με τον οποίο έκαναν μπάνιο οι ασθενείς ήταν οι νοσηλευτές, παίρνοντας μια απόσταση ασφαλείας πρώτα, τους κατέβρεχαν με λάστιχα τα οποία έβγαζαν μόνο κρύο νερό. Επίσης, συχνό και καθημερινό φαινόμενο ήταν οι σκηνές βίας και οι



ξυλοδαρμοί, τόσο μεταξύ των νοσηλευόμενων, όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού προς αυτούς (Οικονόμου, Γραμανδάνη & Λουκή, 2006).

Με βάση όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε στο προφανές συμπέρασμα ότι οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζονταν ως άνθρωποι αλλά ως ζώα, ως κάτι περίεργο και απροσδιόριστο, ακόμα και ως κοινωνικά σκιάχτρα θα λέγαμε. Συμπληρωματική σε αυτή την πεποίθηση είναι και η αντιμετώπιση των ασθενών ως αντικείμενα, ούτε καν σαν κάτι έμψυχο, τους ακουμπούν από εδώ κι από κει, τους κάνουν πακέτο, τους δένουν και τους δημιουργούν εξαρτημένες αντιδράσεις. Παραδείγματος χάριν, μια χαρακτηριστική σκηνή που συναντάμε ακόμη και σήμερα σε ψυχιατρικές κλινικές είναι η εικόνα του ασθενή δεμένου και καθηλωμένου σε μια κυλιόμενη καρέκλα και ο νοσηλευτής ή ο γιατρός να προχωρά με τα χέρια στις τσέπες δυο βήματα πίσω του (Υφαντής, 2012).

Μελετώντας την ιστορική αναδρομή της πορείας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Ύστερα από πλήθος καταγγελιών στην Ελλάδα στα τέλη της δεκαετίας του 1980 σχετικά με τις απαράδεκτες συνθήκες διαβίωσης των ασθενών του ψυχιατρείου της Λέρου, το 1989 ξεκίνησε μια κίνηση μετασχηματισμού του κακόφημου περιπτέρου των γυμνών με συνεργασία μιας ομάδας προσωπικού της Λέρου, της μονάδας επανένταξης ΨΝΘ με υπεύθυνο τον κ. Μπαϊρακτάρη και μιας ομάδας εθελοντών από το τμήμα ψυχολογίας του Α.Π.Θ. (Καρύδη, 2007).

#### **4.4 Ψυχιατρικά προγράμματα**

Το 1990 μετά την απόλυτη γελοιοποίηση της χώρας και διακοπή της χρηματοδότησης για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, έγινε η εκκίνηση, με πολλές δυσμένειες, προγραμμάτων χρηματοδοτούμενα από την Ε.Ε., τα πρώτα ήταν το Λέρος 1 και 2 κι έπειτα το Ψυχαργός (Σακελλαρόπουλος, 2003).



*Εικόνα 21. Λογότυπο Ψυχαργός*

Αυτά τα προγράμματα απαρτίζονταν από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος επιχειρούσαν μια σύντομη χρονικά παρέμβαση, από 2 έως 3 μήνες, εστιάζοντας στο κομμάτι της αποσυμφόρησης και επιλογής ασθενών για να μεταφερθούν στους τόπους καταγωγής τους. Οπότε, στην ουσία, δεν έχουμε κάποια πραγματική παρέμβαση σε αυτό το κομμάτι. Το δεύτερο κομμάτι αυτών των προγραμμάτων, με την βοήθεια της υφιστάμενης ομάδας για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, δηλαδή μια ομάδα Ιταλών από την Τεργέστη και μία Ολλανδών, καθώς και σε συνεργασία και με άλλους επαγγελματίες και εθελοντές, επιχείρησε μια πιο συγκροτημένη παρέμβαση, παρεμφερής με εκείνη του 1989 (Δημέλλης, 2019).

Καθοριστικής σημασίας στην μετατροπή που έκανε την αρχή της στην Λέρο και θα αφορούσε την πορεία της ψυχιατρικής σε όλη την Ελλάδα ήταν η εννιάχρονη παρουσία του Θ. Μεγαλοικονόμου. Βασικός στόχος των εν λόγω προγραμμάτων ήταν η άσκηση κριτικής σε έννοιες και όρους όπως το ανίατο, η χρονιότητα και η ψυχική νόσος. Επιπλέον, αξιοσημείωτο ήταν το εγχείρημα για ένταξη της έννοιας των προσωπικών δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, την προστασία τους και την απαίτηση του σεβασμού προς αυτούς (Lee, Albright&Malloy, 2001).

Μέσα από αυτή την προσπάθεια ήταν αναγκαίο να γίνει αντιληπτό πως η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση είναι μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας και αποβλέπει στην ανεξαρτητοποίηση του ατόμου. Ουσιαστικά, τέτοιου είδους προγράμματα και η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο σύνολο της αμφισβητούσαν την ιδρυματική ψυχιατρική και το άσυλο. Από τα πρώτα κατορθώματα αυτής της παρέμβασης που έγιναν αισθητά ήταν ο εξανθρωπισμός μέσα στο ψυχιατρικό τμήμα, η προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών και η υποστήριξη της ελεύθερης

αμειβόμενης εργασίας, με στόχο την πάταξη της μαύρης, που έως τότε κυριαρχούσε (Angermeyer & Matschinger, 2005).

Έπειτα, το 1999 ήρθε το πρόγραμμα Ψυχαργός, που στόχευε στην εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, εστιάζοντας ακόμα παραπάνω στην δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών με την εισαγωγή τους στον χώρο εργασίας. Βασικός του στόχος ήταν ο εκσυγχρονισμός του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το πρόγραμμα Ψυχαργός χωρίζεται και αυτό με την σειρά του σε δύο σκέλη. Το πρώτο σκέλος έλαβε χώρα την περίοδο 2000-2001 και το δεύτερο την περίοδο 2002-2006. Το πρώτο σκέλος του προγράμματος εντάχθηκε στο Επιχειρηματικό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές» και χρηματοδοτήθηκε σε ποσοστό 80% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και κατά 20% από το Ελληνικό Δημόσιο (Σταύρου, 2002).

Από το πρώτο σκέλος προέκυψε η δημιουργία 49 ξενώνων και 6 οικοτροφείων, 71 εργαστηρίων κατάρτισης, καθώς και η προκατάρτιση, η κατάρτιση και η απασχόληση 973 ασθενών, ο αποϊδρυματισμός και η διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές 769 ασθενών, η πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων και η κατάρτιση 910 ατόμων ως στελέχη ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Το δεύτερο σκέλος του σχετιζόταν με την ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχική υγείας σε όλη την χώρα. Μέσω της δημιουργίας αυτών των δομών διασφαλίζεται παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που ως στόχο έχουν την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την περίθαλψη/φροντίδα και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων που έχουν εμφανίσει κάποια ψυχική διαταραχή(Χαλικοπούλου, 2003).

Ο σχεδιασμός της ανάπτυξης αυτών των υπηρεσιών βασίστηκε στις αρχές της «τομεοποίησης» και της κοινοτικής ψυχιατρικής, για να διασφαλιστεί η πορεία της ψυχιατρικής φροντίδας. Η μεγαλύτερη προσοχή συγκεντρώθηκε αφενός στον αποϊδρυματισμό μέσω της κοινωνικής επανένταξης 2000 ασθενών από τα ψυχιατρεία της χώρας κι αφετέρου στην δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα δημόσια γενικά νοσοκομεία. Σε αυτό το δεύτερο σκέλος σημαντικό ρόλο διαδραμάτισαν και οι Μη Κερδοσκοπικές Εταιρείες, βοηθώντας την δημιουργία στεγαστικών δομών για τους ψυχικά πάσχοντες. Ωστόσο, ένα πολύ βασικό κομμάτι που συνέβαλε στην αποϊδρυματοποίηση ήταν η κατάργηση της εργασιοθεραπείας ως μια μορφή της μαύρης εργασίας, η οποία έως τότε κυριαρχούσε στις ψυχιατρικές κλινικές. Η μαύρη αγορά καταπιέζει τον ασθενή, καθώς δεν πληρώνεται και στην ουσία ο παίρνει τον

ρόλο του προσωπικού έτσι ώστε ο ίδιος ο ασθενής να παραμείνει «αδρανής». Για αυτόν ακριβώς τον λόγο δημιουργήθηκαν οι εργασιακές δομές (Schulze, 2007).

#### **4.5 Παρουσίαση κλινικών δομών – στεγαστικών και εργασιακών**

Εφόσον κάνουμε λόγο για την αποασυλοποίηση και τις προσπάθειες που περιλάμβανε το εγχείρημα αυτό για την ένταξη των ψυχικά ασθενών στην ευρύτερη κοινότητα, δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε να κάνουμε την σχετική αναφορά και στις στεγαστικές δομές που δημιουργήθηκαν στα πλαίσια του προγράμματος Ψυχαργός. Αυτές οι στεγαστικές δομές που διαμορφώθηκαν μπορεί να είναι ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα και οικοτροφεία. Ας τις δούμε, όμως, πιο αναλυτικά.

Αρχικά, οι ξενώνες φιλοξενούν μέχρι και 15 άτομα με ψυχικές διαταραχές. Αυτό που προσπαθούν να προσφέρουν στον ασθενή είναι ένα περιβάλλον όμοιο με το οικογενειακό και στοχεύουν στην ένταξη των ασθενών στην κοινότητα και την χειραφέτηση τους μέσα σε αυτήν. Με βάση την σοβαρότητα της ασθένειας και την χρονική περίοδο που θα διαμείνει ο πάσχοντας στον ξενώνα τους ταξινομούμε σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Επίσης, τους διαχωρίζουμε και με βάση τον ευρύτερο χώρο στον οποίο βρίσκονται οι ξενώνες, δηλαδή έχουμε τους ενδονοσοκομειακούς και τους εξωνοσοκομειακούς ξενώνες (Σταθάρου, Παπαθανασίου, Γκούβα, Μασδράκης Μπερκ & Κοτρώτσιου, 2011).

Έπειτα, έχουμε τα προστατευμένα διαμερίσματα, τα οποία είναι χώροι στέγασης των ατόμων που υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή, βρίσκονται μέσα σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες και φιλοξενούν μέχρι 6 άτομα. Τα άτομα που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα είναι ικανά να αυτοεξυπηρετηθούν και να φροντίσουν τον εαυτό τους χωρίς εξωτερική βοήθεια σε ικανοποιητικό βαθμό. Και εδώ, βασικός στόχος τους είναι η ανεξάρτητη λειτουργία τους στην κοινότητα (Μάνος, 1998).

Τελευταία, αλλά εξίσου σημαντικά, έχουμε τα οικοτροφεία, τα οποία είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που φιλοξενούν ασθενείς με ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα, σε σχέση με τους υπόλοιπους πάσχοντες των άλλων δομών. Πρόκειται για δομές υψηλού βαθμού προστασίας, στις οποίες διαμένουν μέχρι 25 άτομα για αόριστο χρονικό διάστημα. Τα οικοτροφεία υποδέχονται άτομα των οποίων η κατάσταση απαιτεί ψυχογηγριατρική φροντίδα, συνήθως πάσχουν από βαριά νοητική υστέρηση ή κάποια πολύ σοβαρή διαταραχή και κατά συνέπεια δεν είναι σε θέση να είναι λειτουργικά στην καθημερινότητα τους, οπότε είναι ζωτικής σημασίας η

φιλοξενίας τους σε κάποια στεγαστική δομή υψηλής επίβλεψης και φροντίδας (Αγγελόπουλος, 2009).

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε τις εργασιακές δομές. Από τα πρώτα βήματα που έγιναν προς την εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού στον εργασιακό χώρο ήταν η αντικατάσταση της μέχρι τότε γνωστής εργοθεραπείας με την δημιουργία των Συνεργατικών Θεραπευτικών Μονάδων (Σ.ΘΕ.Μ.). Οι συνεργατικές θεραπευτικές μονάδες πρωτοεμφανίστηκαν στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης το 1986. Η αρχή της λειτουργίας τους ήταν στα πλαίσια του θεσμού του θεραπευτικού κινήτρου. Με τον θεραπευτικό κίνητρο εννοούμε τον θεσμό που ψηφίστηκε και παγιώθηκε για να παρέχεται ως κίνητρο με σκοπό κάποιος να ακολουθήσει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που δεν θα έχει αναγκαστικά την σημασία της κλασσικής εργοθεραπείας (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

Έναν ασθενή μπορείς να τον εκπαιδεύσεις σε δεξιότητες με το να του δώσεις ένα χρηματικό ποσό ως κίνητρο για να μάθει να χρησιμοποιεί τα χρήματα ή να μάθει να χρησιμοποιεί τα μέσα συγκοινωνίας. Αυτό μπορεί να πετύχει λέγοντας του πάρε να πιεις καφέ ή πήγαινε για ψώνια και θα πάρεις το λεωφορείο να πας σε αυτή την περιοχή ή θα συναντηθούμε σε αυτό το σημείο. Εν ολίγοις, δίνοντας του να διεκπεραιώσει μικρά που θα τον κινητοποιήσουν. Αντιθέτως, αν δεν έχει κάποια χρηματική αμοιβή ή έστω κάποιο κίνητρο για να το κάνει, η θεώρηση αυτή είναι δύσκολο έως ανέφικτο να πραγματοποιηθεί. Αυτός είναι, λοιπόν, ο λόγος που το θεραπευτικό κίνητρο είναι τόσο σημαντικό να υφίσταται (Μάνος, 1998).

Ωστόσο, οι Σ.ΘΕ.Μ. δεν αμείβονται αρκετά, καθώς βασίζονται αποκλειστικά στο θεραπευτικό κίνητρο. Ενώ, παράλληλα, δεν διαθέτουν την κατάλληλη διοικητική και οικονομική αυτονομία και αντιμετωπίζουν σημαντική ένδεια πόρων ώστε να γίνουν πιο παραγωγικοί. Έχει ιδιαίτερη σημασία και αξίζει να αναφερθεί ότι και οι ίδιοι οι ασθενείς μάχονται για την εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτό μας δείχνει την θέληση και την ανάγκη των ασθενών να κατοχυρώσουν τα δικαιώματά τους, κάτι που θα έπρεπε ήδη να συμβαίνει και για πολλούς πολίτες είναι δεδομένο (Φραγκιαδάκη, 2011).

Ένα αρκετά αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αυτού είναι η κινητοποίηση των ασθενών του Δρομοκαϊτείου. Η αιτία που πυροδότησε αυτήν την κινητοποίηση ήταν το γεγονός ότι για μεγάλο χρονικό διάστημα οι ασθενείς δεν αμείβονταν χρηματικά για το θεραπευτικό κίνητρο. Ως εκ τούτου, τα Χριστούγεννα του 2008 οι ασθενείς, ύστερα από κάποιες άτυπες συναντήσεις και συνελεύσεις, καθώς δεν υπήρχε το αρμόδιο νομικό όργανο που να τους καλύπτει, προχώρησαν στην δημιουργία ενός

σωματείου που να προστατεύει τα άτομα που δουλεύουν σε τέτοιου είδους μονάδες (Σ.ΘΕ.Μ.). Ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώθηκε η κινητοποίηση ήταν η διακοπή της εργοθεραπείας από μέρους των ασθενών (Κωνσταντόπουλος, 1995).

Στην πορεία, εκδόθηκε και κάποιο δελτίο τύπου σχετικά με την κατάσταση που επικρατούσε κι έτσι, εξαιτίας αυτού σε συνδυασμό με την πίεση λόγω της δημοσιότητας που έλαβε το θέμα, οι αρμόδιοι αναγκάστηκαν να τους πληρώσουν κάποια χρήματα. Επίσης, για να ενισχυθούν τα εγχειρήματα καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού και να είναι πιο συγκροτημένα ιδρύθηκαν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.ΠΕ.). Οι ΚΟΙ.Σ.ΠΕ. είναι σχετικά καινούριος θεσμός για τα ελληνικά δεδομένα.



*Εικόνα 22. Λογότυπο ΚΟΙ.Σ.ΠΕ.*

Η ανάγκη για δημιουργία τέτοιου είδους συνεταιρισμών και η πρώτη τους εμφάνιση έλαβαν χώρα στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Σχεδόν μια δεκαετία αργότερα, ψηφίζεται από το Ελληνικό Κοινοβούλιο ο πρώτος νόμος (2 716/99) που κατοχυρώνει νομικά πια αυτούς τους συνεταιρισμούς, αποβλέποντας στην ενίσχυση τους μέσω της απόκτησης Α.Φ.Μ. αυτών των συνεταιρισμών και την νομική τους προστασία. Επομένως, ο ΚΟΙ.Σ.ΠΕ. έχει πλέον την νόμιμη δυνατότητα να πουλάει, να παράγει προϊόντα στην κοινότητα και να μπορεί να δημιουργήσει καταστήματα που να του επιφέρουν έσοδα, ενώ, την ίδια στιγμή, θα θέτει και θεραπευτικούς στόχους (Λαζάρου & Κοτζαμπασάκη, 2017).

Οι συγκεκριμένοι συνεταιρισμοί είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών και αποτελούν μονάδες Ψυχική Υγείας. Η ανάπτυξη και η εποπτεία τους ανήκουν στο Υπουργείο Υγείας. Επιπρόσθετα, οι ΚΟΙ.Σ.ΠΕ. αποτελούν μια ιδιάζουσα μορφή συνεταιρισμού, καθώς την ίδια στιγμή είναι παραγωγικές και εμπορικές μονάδες και παράλληλα ορίζονται ως μονάδες ψυχικής υγείας που στοχεύουν στην κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική αφομοίωση των ατόμων με ψυχοκοινωνικές διαταραχές. Άρα, κύριος στόχος τους είναι η

κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική τους ένταξη στις δομές της κοινωνίας. Η οικονομική τους ανεξαρτητοποίηση και η εξέλιξη των επαγγελματικών τους ικανοτήτων είναι βασικοί στόχοι των συνεταιρισμών (Gilmore, 2010).

Ακόμα, να επισημάνουμε ότι ένα σεβαστό μέρος των μελών που απαρτίζουν τους ΚΟΙ.Σ.ΠΕ. είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να εργάζονται στο δημόσιο ή και όχι, ένα άλλο μεγάλο κομμάτι είναι άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και τέλος, ιδιωτικοί φορείς με την μορφή δήμων, μη κερδοσκοπικών οργανισμών, φιλανθρωπικών οργανώσεων και συλλόγων. Από αυτούς, που μόλις αναφέραμε, δικαίωμα ψήφου έχουν όλοι, επαγγελματίες και ασθενείς, και με αυτόν τον τρόπο γίνεται η εκλογή των μελών του διοικητικού συμβουλίου (Κορδούτης & Παυλόπουλος, 2006).

Η μέθοδος αυτή αποτελεί ένας αυτόνομος και αποτελεσματικός τρόπος διοίκησης και λειτουργίας. Αναφορικά με τους πόρους των ΚΟΙ.Σ.ΠΕ. απαντώνται σε επιχορηγήσεις του Τακτικού Κρατικού Προϋπολογισμού ή του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων, των Εθνικών Οργανισμών, των Αναπτυξιακών Προγραμμάτων και των Προγραμμάτων Επένδυσης, ακόμα από κληροδοτήματα ή δωρεές, από την δραστηριοποίηση των ίδιων των ΚΟΙ.Σ.ΠΕ. και από την αξιοποίηση των περιουσιακών τους στοιχείων (Μουζάς, Αγγελόπουλος & Λιάκος, 2008).

## **Συμπεράσματα**

Η γενικότερη συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στον «τρελό» δεν άλλαξε και πολύ, σχεδόν παρέμεινε ίδια, αλλά ούτε και η μορφή της σχέσης και η απόσταση που εξακολουθούσαν να διατηρούν από αυτούς. Παρόλο, που κατά καιρούς έχουν επιχειρηθεί ενέργειες για την ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στην κοινωνία, αλλά και προς την αποασυλοποίηση, όπως ήδη έχουμε σχολιάσει, στην πραγματικότητα η κατάσταση δεν έχει μεταβληθεί σχεδόν καθόλου. Καθοριστικός παράγοντας που έπαιξε ρόλο στο τέναγος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν η ίδρυση ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών εταιριών, οι οποίες ορίστηκαν υπεύθυνες στην διαχείριση των ξενώνων και των οικοτροφείων και συγχρόνως των ανθρώπινων ζώων που ζουν εκεί εμπορευματοποιώντας τις με κάθε τρόπο (Volavka, 2002).

Τα τελευταία 25 χρόνια αρωγός και ουσιαστικά τρόπος υλοποίησης της διαχείρισης από της μη κερδοσκοπικές οργανώσεις αποτελούν οι χρηματοδοτήσεις από την Ε.Ε. και διάφορα προγράμματα. Όμως, το ελληνικό κράτος αξιοποιούσε αυτές τις επιχορηγήσεις για να απορροφήσει περισσότερα κονδύλια κι ως εκ τούτου, ειδικά την

τελευταία τριετία, η κατάσταση έχει φτάσει σε τέλμα. Τέλος, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση εστίασε την προσοχή της στην ίδρυση εξωνοσοκομειακών στεγαστικών δομών, εν ολίγοις σε μεταστέγαση όσων είχαν παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα μέσα σε άσυλα, αλλά στην ουσία δεν υπήρξε κάποια αλλαγή στην κουλτούρα και την λειτουργία των δομών. Επομένως, δεν τέθηκε υπό αμφισβήτηση η τρέχουσα νοοτροπία του ασύλου (Corrigan & Watson, 2002).

Σύμφωνα με όλα όσα αναφέραμε παραπάνω, η έλλειψη πλάνου, πολιτικής και στρατηγικής στην προσπάθεια μιας ριζοσπαστικής, χειραφετητικής κουλτούρας κατέληξε αυτή την προσπάθεια της ψυχιατρική μεταρρύθμισης στην βασική εκδοχή της, έτσι όπως είχε σχεδιαστεί από τις εναλλασσόμενες κυβερνήσεις καθ' όλη την διάρκεια της και με βάση το πώς εννοούταν και ουσιαστικά εφαρμόστηκε από την πλειονότητα της ψυχιατρικής κοινότητας, παρόλες τις γνωματεύσεις να οδηγηθεί στην απόδοση του ως μια απλή μεταρρύθμιση της «βιτρίνας», διατηρώντας τις κύριες παραμέτρους του συστήματος αναλλοίωτες. Ο βασικός πυρήνας της ψυχιατρικής φροντίδας συνεχίζει να είναι ο εγκλεισμός, συμπεριλαμβανομένου και τις ακούσιες νοσηλείες, που εξακολουθούν να πραγματοποιούνται από την αστυνομία με όλη την σκηνή της βίας και την τοποθέτηση χειροπέδων, να απαρτίζουν την πλειοψηφία των εισαγωγών στις ψυχιατρικές κλινικές (Swartz & Swanson, 2000).



## Βιβλιογραφία

### Ελληνική βιβλιογραφία

- Αγγελόπουλος, Ν.(2009). *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία: Μια σύγχρονη ψυχιατρική*, Α' Τόμος, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, : 12-16.
- Ασημόπουλος, Χ.(2009). *Η καθημερινή ζωή στο Ψυχιατρείο*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, : 29-45.
- Δασκαλοπούλου, Ο. & συν, Α. Ε. (2005). *Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, ως Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης χρόνιων ψυχικά ασθενών. Καταγραφή και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής πορείας ατόμων με σχιζοφρένεια στα πλαίσια της ένταξης τους στις αποκαταστασιακές υπηρεσίες του ΚΨΥ*. Ηράκλειο: Πτυχιακή εργασία ΑΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, :45-68.
- Δημέλλης, Δ. (2019). Φαρμακολογική αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας: Παρελθόν, παρόν και μέλλον. *Εγκέφαλος*, 56(4) , :16-24.
- Κανδύλης, Δ., Καπρίνης, Σ., & Καπρίνης, Γ. (2006). *Σχιζοφρένεια*. Θεσσαλονίκη: Εταιρεία Ψυχικής Υγείας - Περίθαλψης - Αποκατάστασης, :56-72.
- Καρύδη, Μ.Β. (2007). *Στοιχεία ψυχοκοινωνικής προσέγγισης στην επαγγελματική αποκατάσταση ψυχωσικών ασθενών*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, :76-79.
- Κασιμάτη, Κ. (2000). *Φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού*. Αθήνα : Συνδρομή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, :31-53.
- Κορδούτης, Π. Σ., & Παυλόπουλος, Β. Γ. (Επιμ.). (2006). *Πεδία έρευνας στην Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ατραπός, :61-78.
- Κωνσταντόπουλος, Α. (1995). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας του Ε.Σ. Υ. στην Ελλάδα*, Πρακτικά, Αθήνα, :45-62.
- Λαζάρου Μαρία-Ραφαηλία & Κοτζαμπασάκη Ζωή. (2017). *Κοινωνική- Κοινοτική ψυχιατρική και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση τον 21ο αιώνα- ο ρόλος του νοσηλευτή. Πτυχιακή εργασία*. Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, τμήμα Νοσηλευτικής, :59-68.

- Μαγριπλής, Δ., (2000). *Το στίγμα και ο κοινωνικός στιγματισμός από την αρχαιότητα και το βυζάντιο έως σήμερα*. Κοινωνική εργασία 59, 199-211.
- Μάνος, Ν. (1998). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press, :35-59.
- Μερτίκα, Α., Οικονόμου, Σ., Σταλίκας, Α. & Γραμανδάνη, Χ. (2006). Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και της σχιζοφρένειας: Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνητικών ευρημάτων. *Ψυχολογία*, τόμος 13, τεύχος 3, 7-21.
- Μοσχοβάκης, Κ. (2012). *Κοινωνικός αποκλεισμός και Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα την εποχή της κρίσης*. Βιβλίο περιλήψεων και βιογραφικών από το Πανελλήνιο Συνέδριο για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση που διεξήχθη στην Αθήνα 30-31 Μαρτίου 2012. Αθήνα: Ε.Π.Α.Ψ.Υ., :49-58.
- Μουζάς, Οδ., Αγγελόπουλος, Ν. & Λιάκος, Α. (2008). Απόψεις περί των ψυχικών νόσων σε περιοχή της Ελλάδας: Η επίπτωση κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων, *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* 19(4): 331-341.
- Μουσούρου, Λ. (1998). *Κοινωνικός Αποκλεισμός και Κοινωνική Προστασία, στο Κασιμάτη Κ. (επιμ.) Κοινωνικός αποκλεισμός : Η Ελληνική Εμπειρία*. Αθήνα : Εκδόσεις Gutenberg, :78-95.
- Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., & Λουκή Ε. (2006). Στίγμα και Ψυχική Διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. *Ψυχολογία*, 13(3), 25-42.
- Παρασκευαΐδου, Σ. & Κατσαλιάκη, Κ. (2015). Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, pp. 32(4):464-479.
- Πετράκη, Γ. (1998). *Κοινωνικός αποκλεισμός: Παλαιές και νέες αναγνώσεις του κοινωνικού προβλήματος, στο Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός*. 6ο Επιστημονικό Συνέδριο Ιδρύματος Σάκη Καραγεωργά. Αθήνα, :34-61.
- Πετρουλάκης, Γ., Σακελλαρόπουλος, Π. & Φαλάρας, Β. (1990). *Ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου*. Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής Β' Τόμος, Καστανιώτη, Αθήνα, σ. 97-101.
- Σακελλαρόπουλος, Π., (1991). *Εκπαιδευτικά Προγράμματα της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας*, Έκθεση προς τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, :56-82.
- Σακελλαρόπουλος, Π., (2003). *Εισαγωγή στις εφαρμογές μια σύγχρονης Ψυχιατρικής*. Αθήνα, Εκδόσεις: Παπαζήση, :25-48.

- Σταθάρου, Α., Παπαθανασίου, Ι., Γκούβα, Μ., Μασδράκης, Β., Μπερκ, Α.& Κοτρώτσιου, Ε. (2011). Διερεύνηση της επιβάρυνσης φροντιστών ψυχικά ασθενών. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(2): 52-64.
- Σταύρου, Λ.Σ. (2002). *Ψυχοπαιδαγωγική αποκλινόντων*. Αθήνα: Εκδόσεις Ανθρωπος, :57-63.
- Τσιάκαλος, Γ., (1998). *Κοινωνικός αποκλεισμός: Ορισμοί, Πλαίσιο, Σημασία, σε κέντρο κοινωνικής μορφολογίας και κοινωνικής πολιτικής*, Κασιμάτη Κ. επιμ., *Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία*, GUTENBERG, Αθήνα, :89-102.
- Υφαντής, Ν.Θ. (2012). *Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική στην κλινική πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, :37-59.
- Φραγκιαδάκη, Κ. (2011). *Η δημιουργία, εφαρμογή και αξιολόγηση προγράμματος παρέμβασης για την καταπολέμηση του στίγματος της σχιζοφρένειας σε νοσηλευτικό προσωπικό Γενικού Νοσοκομείου*. Διπλωματική Εργασία, ΠΜΣ Προαγωγή και Αγωγή Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Τμήμα Φιλοσοφίας-Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μ. Οικονόμου, :78-95.
- Χαλικοπούλου, Χ. (2003). *Ψυχολογία της υγείας*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μέλισσα, :63-89.

## Ξένη βιβλιογραφία

- Angermeyer, M., C. & Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 330-338.
- Angermeyer, M., C., Schutze, B., Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma: a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 591–599.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. & Corrigan P, (2009). Familiarity with mental illness and social distance people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr. Res.* 1(69): 178-198.
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., Livaditis, M. (2008). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8):656-658.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 39-43.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Journal of Psychiatry*, 1, 12-18.
- Dovidio, J.F., Major, B. & Crocker, J., (2000). Stigma: Introduction and overview, In T.F. Heatherton, R.E. Cleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (Eds.). *The social psychology of stigma*, New York: Guilford Press, :41-62.
- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalicas, A. & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 362-374.
- Elkashef, A., Buchanan, R., Gellad, F., Munson, R., & Breier, A. (1994). Basal ganglia pathology in schizophrenia and tardive dyskinesia: an MRI quantitative study. *Am J Psychiatry*, σσ. 751-759.
- Fioravanti, M., Bianchi, V., & Cinti, M. E. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: An update metanalysis of the scientific evidence. *BMC psychiatry*, σσ. 12(1), 66-71.

- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A. & Zaeske H., (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: Results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 272–283.
- Gaertner, S., Rust, M., Dovidio, J., Bachman, B. & Anastasio P. (1996). *The contact hypothesis: The role of a common ingroup identity on reducing intergroup bias among majority and minority group members*, in J.L. Nye & A.M. Bower (eds) *What's social about social cognition?*, pp. 234–261.
- Gilmore, J. H. (2010). Understanding What Causes Schizophrenia: A Developmental Perspective. *The American Journal of Psychiatry*, :121-134.
- Goffman, E. (2001). *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hal, : 43-52.
- Joachim, G. & Acorn, S. (2000). Stigma of visible and invisible chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1). 247-252.
- Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010). Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional. *Health Science Journal*. 4(2):71-87.
- Khullar, A., Chue, P., & Tibbo, P. (2001). Quetiapine ad obsessive-compulsive symptoms (OCS): case report and review of atypical antipsychotic-induced OCS. *J Psychiatry Neurosci*, σσ. 26(1), 54-57.
- King, D. J., Hodgekins, J., Chouinard, P. A., Chouinard, V.-A., & Sperandio, I. (2017). A review of abnormalities in the perception of visual illusions in schizophrenia. *Psychon Bull Rev*, σσ. 742–746.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2011). *Γνωστικήθεραπείατηςσχιζοφρένειας*. Αθήνα: ΕκδόσειςΠΑΤΑΚΗ, :76-90.
- Larson, J. & Corrigan, P. (2007). The stigma of families with mental illness. *Academic Psychiatry*, 32, 88-92.
- Lee, Y., T., Albright, L. & Malloy, T., E.(2001). Social perception and stereotyping: an interpersonal and intercultural approach. *International Journal of Group Tensions*, 30, 185–211.
- Lefley, H., P. (1992). The stigmatized family, in *Stigma and Mental Illness*. Edited by Fink PJ, Tasman A. Washington, D.C.: *American Psychiatric Press*, 128–132.
- Lehtinen, V., Sohlman B.& Masfety V. K.(2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Euro barometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1. 3-11.

- Loukidou, E. et al, A. M. (2013). Greek mental health reform: Views and perceptions of professionals and service users. *PSYCHIATRIKI* , pp. 24:38–43.
- Madianos, M., Economou, M., Hatzianeou, M., Papageorgiou, A. & Rogakou E., (1998). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1978/1980–1994), *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 71–74.
- Madianos, M., Madianou, J., Vlachonikolis, J.& Stefanis, C. (1987). Attitudes towards mental illness in the Athens area Implications for community mental health intervention. *Acta Psychiatr Scand* 75: 159-168.
- Madianos, M., Priami, M., Alevisopoulos, G., Koukia, E.& Rogakou, E. (2005). Nursing students' attitude change towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues Ment Health Nurs.* 26(2):162-188.
- Moller, H. J. (2005). Occurrence and treatment of depressive comorbidity/cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues. *World J Biol Psychiatry*, σσ. 241-253.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris: Presses Universitaires de France, στο Σύγχρονα ερευνες στην Κοινωνική Ψυχολογία – Κοινωνικές αναπαραστάσεις, Παπαστάμου Σ., Μαντόγλου Α. εκδόσεις Οδυσσέας, Α Έκδοση Φεβρουάριος 1995. 10-19.
- Papadopoulos, C., Leavey, G. & Vincent C., (2002). Factors influencing stigma: a comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in North London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37: 432–438.
- Penn, D.L.& Martin, J.(1998). The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69. 237-242.
- Perez-Costas, E., Ferro, M. M., & Roberts, R. C. (2010). Basal ganglia pathology in schizophrenia: dopamine connections and anomalies. *J Neurochem*, σσ. 282–297.
- Pergola, G., Selvaggi, P., Trizio, S., Bertolino, A., & Blasi, G. (2015). The role of the thalamus in schizophrenia from a neuroimaging perspective. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, σσ. 56-58.
- Rasmussen, S., Greenberg, B., Mindus, P., Friehs, G., & Noren, G. (2000). Neurosurgical approaches to intractable obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*, σσ. 29-39.
- Rauch, S. L., Savage, C. R., Alpert, N. M., Fischman, A. J., & Jenike, M. A. (1997). The functional neuroanatomy of anxiety: a study of three disorders using

positron emission tomography and symptom provocation. *Society of Biological Psychiatry*, σσ. 442-462.

- Reinke, (2004). Internalized stigma of mental illness: sychrometric properties of a new measure, *Psychiatry Research*, 121:36–45.
- Ritsher, J.B., Otilingam, P.G.& Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: sychrometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 121:36–44.
- Roman, P.M.& Floyd, H.H. (1981). Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. *Social psychiatry* 16: 23- 25.
- Ross C. A. & Goldner E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health*, :43-79.
- Sartorius, N.& Schulze, H. (2005). *Developing the program*. In: N. Sartorius & H. Schulze (Eds.) *Reducing the stigma of mental illness: A report from a Global programme of the World Psychiatric Association* (pp.1-13). Cambridge University Press.
- Seymour, K., Rhodes, G., Stein, T., & Langdon, R. (2015). Intact unconscious processing of eye contact in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, :54-65.
- Schultze, B.& Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma: schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 56:296–309.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*. 19:139–145.
- Smerud, P.& Rosenfarb. I. (2011). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, Vol 1(S)*: 87-95.
- Smith, M. (2004). What do surveys of public attitudes to mental health problems really mean (and do we mean what we say)? *Journal of Mental Health Promotion* 3: 43-49.
- Strauss, G. P. (2013). The emotion paradox of anhedonia in schizophrenia:or is it? *Schizophrenia Bulletin*, σσ. 39(2), 245-252.

- Strengler-Wenzke, K., Muller, U., Angermeyer, M., Sabri, O., & Hesse, S. (2004). Reduced serotonin transporter availability in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, σσ. 257-258.
- Swanson, J.W. (1997). Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 60: 12-21.
- Swanson, X.& Estroff, S.. (1994). Violence and several mental disorder in clinical and community population,*Psychiatry* 60: 18-24.
- Swartz, M.S.& Swanson, J.W.(2000). Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behaviour in personw with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 176:221-233.
- Tibbo, P., & Warneke, L. (1999). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. *Jourual of Psychiatry & Neurosdcnce*,σσ. 19-22.
- Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., Lahti, I., Naarala, M., & Sorri, A. (1994). The finnish adoptive family study of Schizophrenia: Implications for family research. *British Journal of Psychiatry Supplement*, σσ. 23, 24-28.
- Thompson, A., Stuart, H., Bland, R., Arboleda-Florez, J., Warner, R. & Dickson R., (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 479-486.
- Videbech, P., & Ravnkilde, B. (2004). Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. *Am J Psychiatry*, σσ. 1966-1968.
- Volavka, J. (2002). *Neurobiology of Violence* (2nd Edition εκδ.). Washington DC: American Psychiatric Association Publishing, :209-243.
- Wahl, O.& Harman, C., R.(1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 132–133.
- Wang, J., Fick, G., Adair, C. & Lai, D. (2007). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 92-94.
- Weissman, M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B., & Locke, B. (1977). Assesing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidimiology*, σσ. 217-218.



- Wright, E.R., Gronfein, W.P., Owens, T.J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the selfesteem of former mental patients, *Journal of Health and Social Behaviour*. 41:67–95.